


אורים
ותמים
LUX ET VERITAS

PARALYSIES

ET

CONTRACTURES HYSTÉRIQUES

DU MÊME AUTEUR

Feuilles d'autopsie pour l'étude des localisations cérébrales. 1878.
Étude descriptive de la grande attaque hystérique ou attaque hystéro-épileptique et de ses principales variétés. 1879.
Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie. Première édition, 1881 ; deuxième édition, 1885. (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Prix Monthyon.)
Magnétisme animal et hypnotisme, in : *Nouvelle Revue*, août 1882.
Notes et observations pour servir à l'histoire de la grande hystérie. 1883.
Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques (en collaboration avec M. le professeur CHARCOT). 1883.
De la suggestion hypnotique, in : *Nouvelle Revue, août* 1885.
Sur un phénomène musculaire observé chez les hystériques et analogue à la contraction musculaire paradoxale, in : « *Brain* », 1886, t. VIII, p. 289 (en collaboration avec M. le professeur CHARCOT.
Gonflement du cou chez un hystérique, in : *Nouvelle Iconographie*, 1889.
Hypnotisme. Article du dictionnaire de DECHAMBRE (en collaboration avec le docteur GILLES DE LA TOURETTE, 1889).
Les Démoniaques dans l'art (en collaboration avec M. le professeur CHARCOT). In-4°, 1887.
Les Difformes et les Malades dans l'art (en collaboration avec M. le professeur CHARCOT). In-4°, 1889.
Anatomie artistique. Description des formes extérieures du corps humain au repos et dans les principaux mouvements. (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Prix Monthyon). In-4°, 1890.

PARALYSIES

ET

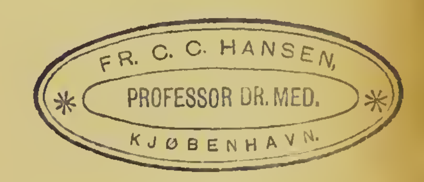
CONTRACTURES HYSTÉRIQUES

PAR

Le Dr PAUL RICHER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX, CHEF DE LABORATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, DE LA FACULTÉ ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
LAURÉAT DE L'INSTITUT DE FRANCE

Avec 32 figures dans le texte



PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1892

610

A mon cher Maître

M. le professeur J.-M. CHARCOT

DE L'INSTITUT

Hommage respectueux et dévoué.

AVANT-PROPOS

Sous ce même titre nous avons présenté, il y a bientôt dix ans, à l'Académie de médecine, un Mémoire qui a eu l'honneur de remporter le prix au concours Bernard de Civrieux. Dans ce Mémoire, resté inédit, nous cherchions à établir qu'un certain nombre de paralysies et de contractures hystériques reconnaissait pour cause un désordre de l'innervation cérébrale, ou mieux un trouble du mécanisme de l'idéation. Ce qui était presque une nouveauté il y a dix ans, ne l'est plus guère aujourd'hui.

Néanmoins il nous a semblé que ce travail pouvait offrir encore quelque intérêt. En effet, à côté des troubles moteurs d'origine psychique, nous décrivons des variétés de paralysies et de contractures hystériques échappant à cette influence de l' « idée » et dont la lésion dynamique doit être cherchée dans les parties inférieures de l'axe cérébro-spinal. Et nous pensons encore aujourd'hui, malgré des études récentes, que cette catégorie doit être maintenue tout au moins sur le terrain clinique. C'est en effet sur les données fournies par la clinique et l'observation que nous avons, fidèle à la méthode préconisée par notre maître, poursuivi nos recherches. Quoi qu'il en soit donc de l'interprétation physiologique, notre travail demeure un recueil

de faits, un groupement de tableaux cliniques destinés, pensons-nous, à rendre quelques services à l'élève et au praticien.

Les récents progrès de la neuropathologie nous ont obligé de revoir notre premier travail. Nous l'avons fait avec soin, sans y rien changer d'essentiel toutefois, mais sans rien oublier des travaux récents. Et nous avons l'espoir qu'ainsi revu et augmenté il résume fidèlement aujourd'hui, au moins au point de vue clinique, l'état de la science sur cet important fragment de la Grande Névrose, relatif aux troubles de la motilité.

Juin 1892.

PRÉLIMINAIRES

Dire que la paralysie est l'abolition du mouvement est en donner une définition incomplète, car le repos qui s'accompagne d'immobilité n'est pas une paralysie. La perte de l'action de la volonté ne saurait être donnée non plus comme caractéristique unique de la paralysie, puisque la paralysie peut atteindre des muscles soustraits à l'empire de la volonté. Faut-il donc voir dans la paralysie la perte de la faculté que possède le muscle de se contracter ? Pas davantage, puisque dans un membre paralysé la contractilité musculaire, que la volonté est désormais impuissante à mettre en jeu, peut être facilement mise en relief par les autres excitants musculaires tels que l'électricité, les actions mécaniques, l'action nerveuse réflexe, etc... D'un autre côté, les modifications de structure du muscle qui s'opposent à sa contraction, telles que la transformation graisseuse, l'atrophie, n'ont jamais été considérées comme des paralysies. Pour qu'il y ait paralysie, il faut qu'il y ait impuissance du muscle à se contracter, dans certaines conditions déterminées, pendant qu'il conserve sa structure normale, et ses propriétés contractiles pouvant être mises en relief dans d'autres conditions.

Les circonstances qui président à la perte d'activité musculaire dans la paralysie ne sont autres que celles qui accompagnent d'ordinaire le fonctionnement régulier du muscle atteint. C'est la volonté pour les mouvements volontaires, et l'excitant sensitif pour les mouvements involontaires. En d'autres termes, *il y aura paralysie toutes les fois que les fibres musculaires auront perdu la faculté de se raccourcir sous l'influence des excitants ordinaires de leurs contractions*. Cette définition est celle qui a été donnée par Axenfel. Elle sera complète si, par opposition avec ce qui a lieu dans les contractures, nous ajoutons que les muscles

paralysés ont conservé leur souplesse et ne sont le siège d'aucune raideur.

Au point de vue clinique, la contracture doit être définie : *une impuissance motrice s'accompagnant d'un état de rigidité persistante et involontaire du muscle, sans modification notable des réactions électriques et sans altération de texture de la fibre musculaire elle-même.* Sans avoir la prétention de donner là une définition irréprochable, nous pensons que les caractères indiqués suffisent pour préciser ce qu'on doit entendre sous cette dénomination, et séparer la contracture d'un certain nombre d'états musculaires que l'on a souvent confondus avec elle.

Les caractères qui doivent être mis en relief sont les suivants : l'*impuissance motrice, la rigidité involontaire et persistante, l'intégrité de la structure*, et c'est ainsi que se trouvent éliminées : les convulsions toniques qui sont transitoires, passagères, et alternant avec des périodes de rémission ; les crampes, qui sont des contractions passagères, involontaires et douloureuses ; les raideurs dues à des altérations du tissu musculaire dans les myosites ; l'immobilisation volontaire d'un membre douloureux ; la catalepsie, qui est un état d'impuissance motrice, mais sans rigidité ; enfin la rétraction musculaire, qui consiste dans un raccourcissement du muscle avec épaississement des tissus fibreux.

Au point de vue de l'ordre de succession des manifestations variées qui révèlent l'hystérie, les paralysies et les contractures hystériques se comportent de deux façons : 1° elles sont les premiers signes qui trahissent l'existence de la névrose ; 2° elles surviennent à un certain moment de l'évolution de l'hystérie, alors que celle-ci s'est déjà manifestée par des symptômes indiscutables en nombre plus au moins grand.

Lorsque les contractures ou les paralysies se montrent comme première révélation de la diathèse hystérique, c'est souvent dans l'enfance qu'elles font leur apparition, et, à ce compte, elles entrent pour une part dans les symptômes de l'hystérie de l'enfance ou hystérie infantile. Elles peuvent d'ailleurs se montrer aussi chez l'adulte et même à un âge avancé ; mais alors le plus souvent l'hystérie s'est déjà manifestée par quelque autre symptôme.

Ces troubles de la motilité font partie des symptômes de l'hystérie non convulsive, c'est-à-dire de l'hystérie qui ne s'accompagne pas d'attaques de nerfs ; et alors ils peuvent presque à eux seuls, joints à quelques troubles de la sensibilité, composer toute la symptomatologie de l'hystérie, et constituer, suivant l'étendue des parties atteintes, une forme spéciale que l'on a désignée sous le nom d'*hystérie locale*.

Ces mêmes désordres moteurs se rencontrent également au nombre des manifestations interparoxystiques de l'hystérie convulsive, ils rentrent alors dans le cadre des *symptômes permanents*.

Il importe de les distinguer des troubles de la motilité qui font partie de l'attaque d'hystérie elle-même et de ses diverses variétés. Parmi les symptômes de l'attaque on trouve, à diverses de ses périodes, des contractions passagères en quelque sorte aiguës, sur lesquelles je n'insisterai pas ici, principalement à la période épileptoïde et à la deuxième période ou période des contorsions. Dans certaines variétés de l'attaque, la tétanisation musculaire constitue un symptôme prédominant comme dans l'attaque de contorsion ou attaque démoniaque, et dans l'attaque de contracture. Dans d'autres, au contraire, c'est la paralysie musculaire qui, comme dans l'attaque de syncope, et surtout dans l'attaque de léthargie, tient le premier rang.

Je signale ces faits afin de démarquer exactement les limites de notre sujet et pour les écarter systématiquement de notre cadre.

Ce n'est pas que les paralysies et les contractures dont il s'agit ici n'aient parfois des relations avec l'attaque convulsive ; elles la précèdent parfois ou la suivent, et nous aurons soin de revenir sur cette question ; mais il importe d'éliminer tout d'abord tous les troubles musculaires qui sont partie constituante de l'attaque elle-même et doivent, en conséquence, être étudiés avec elle.

Nous avons divisé notre travail en deux parties.

Dans la première nous avons considéré les paralysies et les contractures hystériques d'une façon générale, c'est-à-dire indépendamment du siège qu'elles peuvent avoir et des diverses parties du corps qu'elles peuvent affecter. Cette façon de procéder nous a paru

plus logique et destinée à nous éviter de nombreuses répétitions. En effet, dans le plus grand nombre des cas, la question de siège n'est que secondaire. Les longs développements que nous avons consacrés à cette première partie nous ont permis d'être relativement plus bref dans la seconde consacrée aux paralysies et aux contractures en particulier, c'est-à-dire considérées dans les diverses parties du corps. Nous n'avons insisté alors que sur les caractères particuliers empruntés au siège spécial. Chacun des chapitres de cette seconde partie est donc forcément incomplet, et il est nécessaire d'y faire entrer pour ainsi dire, pour le compléter, tout ce que nous avons dit au point de vue général.

Enfin notre seconde partie est subdivisée en paralysies et contractures des membres, et paralysies et contractures viscérales.

PREMIÈRE PARTIE

DES PARALYSIES ET DES CONTRACTURES HYSTÉRIQUES EN GÉNÉRAL

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

L'hystérie est au premier chef une maladie héréditaire. Non seulement elle se transfert des parents aux enfants (*hérédité similaire*), mais elle peut être le produit, par voie de transformation héréditaire, d'une autre affection nerveuse, et elle tient une place de premier rang dans la grande famille neuropathologique, dont la parenté des différents membres est clairement affirmée par ce qu'on a appelé l'hérédité *dissemblable* ou de *transformation*. Une fois la prédisposition créée, intervient dans l'éclosion de la maladie l'action des causes secondaires dites occasionnelles et qui sont nombreuses. Mais je ne saurais entrer ici dans le détail de cette étude étiologique, et je dois me borner à rechercher s'il n'existe pas un certain nombre de circonstances, qui influent plus particulièrement sur le développement des troubles de la motilité caractérisés par les paralysies et les contractures.

Il n'y a pas lieu, au sujet de l'étiologie, de séparer l'histoire des contractures de celle des paralysies. Ces deux sortes de troubles de la motilité naissent la plupart du temps dans des circonstances identiques. Nous relèverons, chemin faisant, ce qui

peut intéresser plus directement soit les contractures, soit les paralysies.

Cette identité d'origine est un des premiers indices qu'il nous est donné de relever au sujet de l'étroite parenté qui unit ces deux variétés de troubles musculaires en apparence si opposés. Nous aurons, dans la suite de ce travail, bien d'autres rapprochements à signaler. La même cause pouvant donner naissance soit à la paralysie, soit à la contracture, est-il des circonstances qui puissent favoriser le développement de l'un ou de l'autre de ces phénomènes ? C'est ce que nous examinerons en second lieu.

Au nombre des causes qui président au développement des troubles de la motilité (paralysie ou contracture), je rangerai : 1° les attaques convulsives et leurs diverses variétés ; 2° la disparition d'un autre symptôme hystérique ; 3° les impressions morales ; 4° divers états morbides ; 5° le traumatisme.

I. — Influence des attaques convulsives et de leurs diverses variétés.

A. — *La paralysie ou la contracture se rencontrent parmi les symptômes précurseurs de la grande attaque.*

Parmi les signes nombreux qui font prévoir l'éclosion de la grande attaque convulsive, un des plus constants est l'aggravation momentanée des symptômes permanents. C'est ainsi que l'anesthésie, si elle existait auparavant, s'accuse davantage, devient rebelle aux agents aesthésiogènes : si elle n'occupait que la moitié du corps, elle se généralise. Il en est de même de l'amyosthénie qui existe fréquemment parmi les symptômes permanents de l'hystérie. Pendant les quelques jours qui précèdent les grandes attaques, la faiblesse musculaire augmente, et la paralysie, parfois complète, remplace l'amyosthénie. C'est sous la forme hémiplégique que ces accidents se montrent plus particulièrement, et si les deux côtés sont atteints, c'est toujours avec une prédominance marquée d'un côté. Nous avons vu bien souvent des hystériques, pendant les quelques jours qui précédaient les grandes attaques, au milieu des autres signes qui les tourmentaient à ce

moment, se plaindre d'une impuissance presque absolue, ou tout au moins d'une gêne très marquée dans les mouvements d'un bras ou d'une jambe. Le membre devient lourd. « Quand je veux soulever mon bras, dit l'une d'elles, c'est comme si je voulais soulever un poids de 100 kilos. » Les mouvements sont très limités, la pression dynamométrique nulle. De plus, elle traîne la jambe du même côté et peut à peine marcher. Ces troubles paralytiques des membres précédant les grandes attaques peuvent revêtir tous les degrés d'intensité, depuis la simple gêne dans les mouvements jusqu'à l'impuissance absolue. Cet affaiblissement musculaire s'accompagne d'une exaltation très marquée des réflexes tendineux, parfois même, mais plus rarement, de la trépidation épileptoïde par le soulèvement de la pointe du pied, et même de soubresauts et de secousses spontanées.

En présence de ces caractères qui font rentrer les paralysies qui précèdent l'attaque dans le groupe des paralysies spasmodiques, c'est-à-dire avec tendance à la contracture, nous ne serons pas surpris de rencontrer parmi ces prodromes de l'attaque hystérique, à côté de la paralysie, la contracture.

Cette contracture qui précède les attaques se produit tout d'un coup et acquiert immédiatement une grande intensité. Elle survient soit à la suite de quelque effort musculaire ou d'un léger traumatisme, soit sans cause appréciable. Elle est le plus ordinairement partielle. Elle passe d'un membre à l'autre, cesse pour revenir et se généralise peu à peu au point d'envahir parfois les quatre membres quelques instants avant l'attaque.

L'attitude des membres contracturés est des plus variables et n'offre rien de spécial. Un point à noter est qu'elle se reproduit presque toujours d'une façon identique chez une même malade. Chez une malade, par exemple, que nous avons longtemps observée, la contracture commençait habituellement par le bras gauche, envahissait ensuite la jambe droite, puis les autres membres. La contracture de la langue n'est pas rare ; nous en avons observé plusieurs exemples.

Ces troubles moteurs, qui précèdent la grande attaque, n'ont qu'une durée éphémère, quelques heures, quelques jours au plus, puis, contracture ou paralysie, ils disparaissent dans le tumulte des convulsions de la grande attaque hystérique.

Les troubles moteurs qui suivent la grande attaque présentent un intérêt plus considérable, car ils peuvent parfois persister fort longtemps.

B. — *La paralysie ou la contracture sont consécutives aux attaques hystériques.*

Nous savons, par les études faites sur la grande attaque d'hystérie [1], que, parmi les symptômes de la dernière période, on cons-



Fig. 1. — Contractures généralisées consécutives à la grande attaque d'hystérie. (Figure extraite des *Études cliniques sur la grande hystérie*, par le docteur Paul Richer.)

tate souvent des troubles de la motilité parmi lesquels les contractures sont fréquentes. Ces contractures sont de deux sortes : ou bien généralisées, et alors elles sont très douloureuses et arrachent des cris au patient. Le malade qui a repris toute sa connaissance est soumis à une torture véritable. Les quatre membres sont con-

[1] Voyez nos *Études sur la grande hystérie*, 2e édit., 1885

tracturés dans les positions les plus variables, le tronc lui-même est courbé dans un sens ou dans l'autre, la raideur musculaire est très intense, mais elle varie d'un instant à l'autre (fig. 1). En y regardant de près, on voit que les muscles palpitent. Il y a des moments de calme relatif, des rémissions qui laissent un peu de répit, puis des exacerbations qui s'accompagnent d'un nouvel accroissement de souffrance. L'immobilité des membres contracturés n'est donc pas absolue, et leur attitude est susceptible de subir quelques variations dans le cours d'une même atteinte de contracture.

Ces sortes de contractures généralisées douloureuses, qui surviennent parfois à la suite des grandes attaques hystériques, peuvent durer plusieurs heures, mais ne se prolongent jamais et se résolvent d'elles-mêmes au bout d'un temps plus ou moins long.

Il n'en est pas de même lorsque la contracture est partielle et non douloureuse. Il n'est pas rare alors de la voir se prolonger plusieurs jours pour ne disparaître qu'à la suite d'une nouvelle attaque, ou même persister d'une façon indéfinie pendant des mois ou des années. Il en est de même de la paralysie qui peut succéder aux attaques.

Ces troubles divers de la motilité, contractures ou paralysies, peuvent prendre naissance à la suite des attaques les plus variées. Il n'existe pas de relation entre les caractères de la crise hystérique et les troubles de la motilité qui lui succèdent. Et la violence des convulsions qui, d'après certains auteurs, pourraient provoquer une dépense exagérée de force musculaire et favoriser ainsi le développement de la paralysie, ne peut rien faire prévoir sur la nature des troubles moteurs qui suivront. C'est ainsi qu'à la suite de crises remarquables par un développement exagéré de force musculaire, on peut voir survenir des contractures permanentes, de même que les attaques de léthargie peuvent être indistinctement suivies de paralysie ou de contracture.

Le siège de ces accidents est des plus variables, affectant les membres ou les viscères et s'étendant à un plus ou moins grand nombre de parties.

La crise convulsive est parfois la cause d'un état de choses absolument nouveau et que rien ne faisait prévoir, ou bien elle modifie profondément l'état des symptômes qui existaient auparavant,

remplaçant, par exemple, la paralysie par la contracture, ou *vice versa ;* ou bien encore elle provoque une aggravation des symptômes. Ainsi la parésie d'un membre sera remplacée par une paralysie complète. La contracture qui n'existait pas dans un membre avant l'attaque existera dans deux après : une nouvelle crise amènera la contracture d'un troisième membre, et, grâce à l'appoint que vient lui fournir chaque crise nouvelle, la contracture d'abord partielle peut devenir générale.

II. — Influence de la disparition d'un autre symptôme hystérique.

La mobilité des manifestations hystériques est depuis longtemps signalée par les auteurs. C'est ainsi que des troubles de la motilité peuvent suivre et, pour ainsi dire, remplacer des troubles de la sensibilité tels que la céphalagie, la rachialgie, la cardialgie intense, etc. ou bien des troubles de sécrétion, des hémorragies... Le siège de la lésion dynamique, qui sert de *substratum* aux symptômes, semble se déplacer et affecter successivement différentes parties systématisées des centres nerveux. Mais il ne faut pas oublier que ces troubles si variés peuvent exister simultanément : et ceci est surtout vrai en ce qui concerne les troubles de la motilité et de la sensibilité. Nous aurons l'occasion de revenir, dans la symptomatologie, sur l'existence presque constante des altérations de la sensibilité dans les paralysies ou dans les contractures hystériques.

Mais cette sorte d'équivalence, qui existe entre les symptômes divers d'une même maladie nerveuse, se manifeste avec plus d'évidence encore entre les formes variées d'un même groupe symptomatique.

C'est ainsi, par exemple, qu'on verra les divers troubles de la motilité (paralysie, contracture, tremblement) se succéder et se remplacer, la paralysie faisant place à la contracture, ou inversement, etc... Les troubles fonctionnels de même nature se déplacent parfois avec une grande facilité, passant d'une région dans une autre, la contracture des viscères remplaçant les contractures des membres, ou *vice versa;* et les exemples ne sont pas rares où l'on

voit les troubles de la motilité se promener successivement dans différentes parties du corps, ne quittant une place que pour se montrer dans un autre point. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans le phénomène expérimental du *transfert*.

III. — Influence des divers états morbides.

Chez les sujets prédisposés, une affection locale quelconque peut être le point de départ de manifestations hystériques parmi lesquelles les troubles de la motilité n'occupent pas le dernier rang. Ainsi, il n'est pas rare de voir à une conjonctivité légère succéder un spasme orbiculaire tenace ; à une laryngite simple, l'aphonie et le spasme de la glotte ; à une bronchite légère, la toux nerveuse ; à une inflammation vaginale, la vaginisme, etc. etc... Dans ce cas, l'affection locale joue le rôle d'épine et provoque l'éclosion dans la partie affectée de phénomènes hystériques variables parmi lesquels la contracture musculaire joue un rôle prédominant.

Parmi les affections générales qui peuvent favoriser le développement des manifestations de l'hystérie, il faut citer les fièvres, le rhumatisme, la syphilis, la chlorose, les intoxications chroniques, etc.

Briquet rapporte une observation de *fièvre typhoïde* survenue chez une hystérique qui, parmi les accidents pouvant se rapporter à la névrose, présenta de l'engourdissement avec fourmillements des membres supérieurs et inférieurs, et de la contracture en flexion des doigts des deux mains.

Dans le courant de la fièvre typhoïde on a pu observer quelques cas de paralysie motrice, ou d'aphonie, de tympanisme abdominal exagéré, etc.

L'épuisement nerveux qui accompagne la convalescence des fièvres graves constitue une circonstance favorable à l'éclosion des paralysies hystériques. J'ai eu l'occasion de soigner, de concert avec M. Lereboullet, une jeune fille qui fut atteinte à la suite d'une fièvre typhoïde d'une paraplégie de nature hystérique qui

ne céda qu'au bout d'un an, malgré les efforts combinés de l'hydrothérapie et de l'électrothérapie.

C'est dans la convalescence d'une *scarlatine* qu'une jeune malade, dont M. Charcot m'a communiqué l'observation, fut prise de paralysie de la main.

Rigal rapporte l'observation d'une malade qui, à peine guérie de la *diphterie* et d'une paralysie du voile du palais qui avait succédé à l'angine, fut prise, à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, de paralysie des quatre membres avec une hyperesthésie cutanée dont la nature hystérique a été nettement établie.

Le *rhumatisme* associe souvent ses manifestations à celles de l'hystérie. Les accidents qu'il détermine du côté des membres et des jointures se trouvent parfois combinés avec les symptômes moteurs de l'hystérie, paralysies ou contractures. Il résulte de ce mélange des sortes d'affections mixtes où domine tantôt l'élément rhumatismal, tantôt l'élément hystérique. Nous reviendrons sur ce sujet au chapitre des complications.

L'action de la *syphilis* sur l'hystérie a été bien démontrée par M. Fournier. « Il est, dit-il, assez commun que des femmes anciennement hystériques voient tout à coup leurs anciens malaises reparaître dans le cours de la période secondaire... En un mot, l'hystérie, qui chez elles s'était calmée, subit de l'influence syphilitique une exacerbation nouvelle. » Parfois même, d'après le même auteur, la syphilis peut créer de toutes pièces la névrose hystérique qui n'existait pas auparavant. C'est ainsi qu'on peut s'attendre à voir chez des syphilitiques prédisposées survenir des accidents moteurs de contracture ou de paralysie dont il importe au plus haut degré de pouvoir apprécier la nature.

Mais, si la syphilis exerce une action sur le développement des manifestations hystériques, celles-ci ne sont modifiées en aucune façon dans leur symptomatologie par la maladie spécifique.

La *chlorose*, d'après les auteurs anciens, offre de grandes connexions avec l'hystérie et, en particulier, avec les paralysies hystériques qui, d'après Lebreton, augmentent et diminuent en même temps qu'elle. Mesnet sur vingt-sept cas de paralysie hystérique, a trouvé vingt-cinq fois la chlorose, et Chevalier la trouve signalée dans huit des vingt et une observations de paralysie hystérique des quatre membres qu'il a pu réunir.

Il ne faudrait pas exagérer cette relation et, avec Trousseau et Pidoux, l'admettre si intime, que l'hystérie devient, avec ces auteurs, une variété de chlorose. Les observations de paralysie hystérique dans lesquelles la chlorose n'existe pas ne sont pas rares. Notre expérience nous a appris que, dans les cas d'hystérie très développée, dans ceux qui méritent le nom de grande hystérie (*hysteria major*), la chlorose est même rare, et nous citerons plus loin un certain nombre de contractures et de paralysies hystériques chez des sujets qui n'ont jamais présenté aucun des attributs de cette affection.

Cependant, il est bien certain que toute cause débilitante agissant sur l'organisme, telles que les pertes sanguines, les sécrétions trop abondantes, les fatigues exagérées, créent un état de faiblesse de l'économie éminemment favorable au développement des accidents hystériques.

Aux diverses manifestations morbides qui précèdent et dont l'influence sur l'éclosion des accidents hystériques est reconnue depuis longtemps, il faut ajouter maintenant toute la série des intoxications chroniques (plomb, alcool, mercure, sulfure de carbone), dont le rôle comme agent provocateur de l'hystérie a été récemment mis en lumière par M. Charcot et, après lui, par MM. Debove, Potain, Letulle, Dreyfous, Marie et Guinon. Il résulte des travaux de ces auteurs et, en particulier, de celui de Guinon [1], qui présente une exposition complète de la question, qu'à côté des désordres nerveux relevant directement de l'intoxication, tels que les paralysies par névrites périphériques par exemple, il existe un bon nombre de manifestations nerveuses, parmi lesquelles les anesthésies et certaines paralysies tiennent le premier rang, qui doivent être mises sur le compte, non de l'intoxication comme on l'a cru jusqu'à présent, mais de la diathèse hystérique éclose sous l'influence de l'empoisonnement et autrefois méconnue.

[1] Guinon, *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 1889.

IV. — Influence du traumatisme.

L'influence du traumatisme sur la production de la contracture hystérique a été mise en lumière pour la première fois par Brodie, en 1837. De nombreuses observations sont venues depuis s'ajouter aux faits du médecin anglais.

Cette influence du traumatisme sur les manifestations d'une maladie diathésique n'est pas isolée dans la science.

Depuis longtemps, M. Charcot l'a montré pour le rhumatisme articulaire aigu, pour la goutte... « Ainsi, dit-il, chez un sujet goutteux, rien n'est plus commun que de voir survenir, en dehors des accès réguliers de goutte, au printemps et à l'automne, un accès supplémentaire à la suite d'une chute, par exemple. Et, chose remarquable, alors que les accès spontanés se localisent dans le lieu d'élection, l'accès supplémentaire aura pour siège soit l'épaule, soit le genou, si c'est l'une ou l'autre de ces articulations qui a été atteinte de contusion ou de foulure. »

Pour ce qui est de l'hystérie, ces faits sont d'autant plus intéressants que les contractures ainsi produites sont parfois la première manifestation de la diathèse hystérique. Dans la pathologie infantile, ces faits jouent un rôle qu'il est important de bien connaître. La plupart des cas que nous avons observés se rapportent à de jeunes sujets.

Les espèces de traumatismes les plus variées peuvent donner naissance à la contracture. C'est à la suite d'une brûlure qu'un homme n'ayant présenté jusque-là aucune manifestation hystérique voit son membre se contracturer. Une jeune malade du service de M. Charcot est prise de contracture de la main à la suite d'une légère blessure par un éclat de verre. Les chutes dans un escalier se retrouvent dans plusieurs observations. Ailleurs c'est une morsure de chien qu'on trouve à l'origine du mal.

Il n'y aucun rapport entre la violence du traumatisme et le degré ou la durée de la contracture. Une simple poussière dans

l'œil peut donner naissance à un spasme de l'orbiculaire très rebelle.

Le traumatisme a également une influence réelle sur le développement de la névrose hystérique elle-même. Par exemple : dans une foule compacte une jeune fille de onze ans a le pied droit contusionné ; ce membre devient le siège de douleurs vives et rebelles à tout traitement; puis survient tout le cortège des accidents hystériques : œsophagisme, attaques convulsives, anesthésie générale et spéciale, et en dernier lieu des contractures permanentes qui se montrent aux quatre membres. Ces contractures disparaissent partiellement, mais celles du membre inférieur droit, dont le pied avait été contusionné, persistent pendant quatre années.

A la suite d'une chute de cheval, une jeune fille de vingt ans, jusque-là très bien portante, voit son état de santé s'altérer profondément : douleur ovarienne, vomissements, crises convulsives, toux aboyante, puis paraplégie spasmodique qui dure pendant deux ans.

La contracture qui succède au traumatisme se montre immédiatement après le choc ou ne survient qu'après un temps plus ou moins long. Elle débute brusquement ou s'établit progressivement, s'étendant successivement aux différents segments d'un membre. La malade atteinte à la main d'un éclat de verre vit sur-le-champ sa main s'immobiliser dans une attitude qu'elle garda sans aucune modification pendant plus d'une année.

Dans une observation de H. Molière [1], au contraire, une contracture de l'annulaire en flexion a bien commencé dès le premier jour de l'accident qui fut une morsure au bord cubital de la main ; mais d'abord légère, elle a augmenté progressivement pendant plusieurs jours avant d'être complète.

Dans une observation de M. Charcot (*Prog. méd.*, p. 336, 1878), la contracture se produisit plus tardivement encore : deux ou trois jours après un choc sur le dos de la main, le petit doigt commença à se fléchir d'une façon permanente, puis la flexion gagna successivement les autres doigts, et le pouce s'appliqua ensuite sur l'index et l'annulaire.

[1] *Lyon Médical*, 1881.

Les exemples de ces deux modes de début de la contracture seraient faciles à multiplier. Mais, en y regardant de près, je crois que le nombre des cas est le plus grand dans lesquels la contracture met quelque temps à s'établir d'une façon définitive. Cette sorte de période d'incubation peut être en effet plus ou moins longue, et varier de quelques minutes à quelques heures et même plusieurs jours.

Lorsqu'à la suite du choc traumatique la contracture se fait attendre, elle est d'ordinaire précédée d'un état parétique du membre plus ou moins accusé. Le malade dont nous avons déjà parlé, contracturé à la main à la suite d'une brûlure, qui ne vit la contracture se développer progressivement que huit jours après la guérison de sa brûlure, se souvient très bien que, dès les premiers instants qui suivirent son accident, son bras était lourd, les doigts difficiles à remuer, et, malgré la cicatrisation de la plaie, il avait conservé une impuissance motrice de tout le membre.

Une jeune fille de douze ans tombe dans un escalier, elle éprouve une vive douleur à la hanche, mais elle se lève et peut faire une course assez longue : le soir, la douleur augmente ; pendant deux ou trois jours elle ne peut se servir de sa jambe devenue impuissante, et la contracture en flexion de la cuisse sur le tronc ne se développe que progressivement.

Une autre malade roule plusieurs marches dans un escalier. En se relevant, elle sent que sa jambe gauche la porte avec peine : elle traîne la jambe toute la journée ; le lendemain seulement la contracture s'était développée. On constatait également la présence d'une ecchymose au-dessus de la malléole externe de la jambe contracturée.

Je ferai remarquer, en terminant, qu'il existe un rapport constant entre la partie qui reçoit le choc et la localisation de la contracture.

Ainsi l'influence du traumatisme sur la production de la contracture hystérique est mise hors de doute par de nombreuses observations. Et, si elle se montre quelquefois d'emblée, le plus souvent elle est précédée d'un état parétique plus ou moins long, qui la prépare pour ainsi dire.

Mais il est également démontré que la paralysie hystérique

flasque, sans aucune tendance à la contracture, peut être le résultat du traumatisme. M. Charcot en a observé dans ces dernières années plusieurs cas dont les observations sont publiées dans le troisième volume de ses œuvres complètes. Il a montré que ces paralysies consécutives à un traumatisme ne suivaient pas immédiatement l'action du choc, mais étaient précédées d'une période d'incubation plus ou moins longue.

Le mode de production de ces paralysies est attribué par M. Charcot à un phénomène d'autosuggestion, ayant sa source dans une sensation réelle d'impuissance et d'engourdissement du membre traumatisé, et se développant, grâce à l'état nerveux spécial créé par le shock nerveux qui accompagne le traumatisme.

Enfin, il nous faut signaler l'influence du traumatisme sur la transformation d'une paralysie en contracture. Nous aurons occasion d'ailleurs de revenir sur ces faits en étudiant plus loin cet état de prédisposition à la contracture qui se rencontre si fréquemment, chez les hystériques, sur les membres paralysés ou simplement affaiblis.

V. — Influence des impressions morales.

Cette cause a été relevée, comme il convient, par Briquet, au sujet de la paralysie hystérique. Il cite quelques exemples. — Une de ses malades reçoit à l'improviste la nouvelle de la mort de sa mère. A l'instant ses jambes tremblent, fléchissent sous elle, et on la relève paraplégique. — Une jeune fille montait le soir un escalier sans lumière, lorsqu'un homme déguisé se précipite sur elle ; dans son effroi, elle veut crier et se sauver, mais elle chancelle et tombe ; on la rapporte paralytique dans sa chambre. M. Charcot cite l'observation d'un jeune garçon de douze ans qui éprouva, un jour de distribution de prix, une très vive émotion au moment où il devait réciter une pièce de vers devant le public assemblé. Dans la journée il se plaignit de douleurs de tête, sans éprouver rien de particulier dans les jambes, mais le lendemain matin, à son réveil, il était dans l'impossibilité de marcher.

On voit, par ce dernier exemple, que la paralysie ne suit pas toujours immédiatement l'impression morale. Skey rapporte l'histoire d'une jeune hystérique de dix-neuf ans qui, surprise par un accident de chemin de fer, put marcher et même aider à donner les premiers soins aux blessés, et ne se trouva paralysée que le lendemain matin au réveil.

Les faits de ce genre sont rapprochés, par M. le professeur Charcot, des cas de paralysies hystéro-traumatiques déjà signalés. La paralysie succède à une sorte de période d'incubation pendant laquelle l'idée de paralysie s'implante et se traduit bientôt objectivement, grâce à l'état nerveux spécial plus ou moins analogue à l'hypnotisme, créé par une vive émotion ou par le shock nerveux du traumatisme.

Enfin, il faut ajouter aux faits précédents ceux dans lesquels le trouble moteur survenu progressivement à la suite d'une idée fixe, est la conséquence d'un processus purement psychique, s'accomplissant dans les conditions ordinaires de la vie et sans l'intervention d'un état nerveux spécial.

D'ailleurs les paralysies ayant leur source dans l'imagination et résultant d'un désordre de l'innervation cérébrale ne sont point un fait nouveau dans la science. Russel-Reynolds a écrit sur les troubles nerveux d'origine psychique un fort intéressant mémoire[1], et il cite quelques observations de paralysie très concluantes. Erb, dans un compte rendu du travail de l'auteur anglais, en approuve complètement les conclusions, et dit lui-même avoir observé quelques exemples. « Chacun connaît, dit Erb, l'influence puissante de l'imagination et des grandes émotions morales sur les phénomènes pathologiques du système nerveux, mais ce qu'on savait moins, c'est que non seulement la sensibilité est affectée de cette façon, mais que ces affections imaginaires peuvent se présenter sous la forme de troubles moteurs intenses, bien que cela ne puisse pas être prévu *a priori*. »

Ces états revêtent l'aspect des maladies organiques du cerveau et de la moelle ; ils peuvent persister pendant longtemps malgré les traitements, et ne disparaître qu'au moment où cesse l'idée fixe qui les entretient.

[1] *Remarks on paralysis and other diserders of motion and sensation dependant*

Les troubles nerveux qui en sont la conséquence n'en sont pas moins réels : ils persistent en dehors de l'intervention active du sujet et il ne saurait être question ici de simulation volontaire.

Nous avons eu l'occasion d'observer très manifestement, chez une de nos malades, cette influence de l'imagination sur les troubles de la motilité.

Elle était, depuis quelque temps, l'objet de notre observation assidue, lorsqu'un matin elle se présenta à nous avec une impuissance motrice absolue limitée aux doigts de la main gauche. Le lendemain, la paralysie s'était étendue au poignet ; le surlendemain, le membre tout entier était paralysé. Il retomblait flasque et inerte le long du corps : pas de raideur, pas d'exagération des réflexes tendineux qui étaient abolis au poignet. La température de ce membre était manifestement plus basse que celle de l'autre bras. Le thermomètre de surface montra une différence de 3 degrés environ entre les deux membres. Les mouvements volontaires étaient complètement supprimés, mais, lorsqu'on soulevait son membre en le fléchissant à demi, la malade pouvait le maintenir quelques courts instants en cette situation au prix de grands efforts, puis le membre retombait brusquement. La sensibilité était intacte.

Mais un des points les plus intéressants à signaler est ce qui se passait la nuit et le matin au réveil.

Pendant la nuit, la paralysie disparaissait, la malade remuait son membre, qui, suivant l'attitude du sommeil, prenait des positions variées. Dès le réveil, les mouvements du membre persistaient à la grande surprise de la malade qui se souvenait s'être endormie avec son membre paralysé. Voilà donc son attention attirée de ce côté. Elle craint alors que la disparition de la paralysie ne soit pas complète. Elle essaie de faire des mouvements, mais ses efforts aboutissent à un résultat contraire. Plus elle cherche à mouvoir son membre, plus celui-ci devient lourd et rebelle. Au bout de peu d'instants, ses tentatives sont impuissantes : la paralysie est revenue complète comme la veille[1].

La ressemblance est absolue entre ces troubles nerveux d'ori-

an Idan, read to the annual meeting of the British medical association. Leeds, july 1869. — *In British med. journ.*, nov. 1869.

[1] Ces accidents paralytiques durèrent en tout une dizaine de jours, puis disparurent

gine psychique et les expériences de paralysie ou de contracture provoquée pendant l'hypnotisme par simple suggestion. Ces derniers faits éclairent singulièrement la pathogénie des premiers. En effet, c'est en attirant, en concentrant l'attention du sujet hypnotisé sur un point de son corps, et en lui imprimant l'idée que cette partie est paralysée ou contracturée, que nous voyons survenir ou la paralysie ou la contracture de la partie indiquée. Ces troubles du mouvement persistent après le réveil, et résistent alors à toutes les tentatives de traitement. Le seul procédé pour les faire disparaître est le retour à l'état hypnotique qui permet d'avoir de nouveau recours à la suggestion.

Dans les paralysies dont il s'agit ici, Russel-Reynolds indique comme un de leurs caractères l'inefficacité des traitements ordinaires et le succès d'un traitement consistant à attaquer l'idée fixe.

La contracture peut-elle naître dans des circonstances semblables ? La chose n'est pas douteuse. Mais la contracture peut être médiate ou immédiate, c'est-à-dire qu'elle succède au bout de peu de temps à la paralysie, effet immédiat de l'impression morale, ou bien elle se montre d'emblée et sans l'intermédiaire de la paralysie. Les auteurs ont cité des exemples de ce dernier mode de début.

Tonnelé raconte l'histoire d'une jeune fille qui, à peine guérie d'une contracture des pieds et des mains, vit sa contracture reparaître à la suite d'une émotion vive.

Une hystérique, dont l'observation est rapportée par Bourneville et Voulet [1], avait été déjà prise de paralysie incomplète à la suite d'une vive émotion. Une fois guérie, elle fut placée comme infirmière dans le service de M. Huguier. « Le premier jour, elle fut tellement surprise de l'arrivée soudaine de la visite qu'elle fut prise tout à coup d'une contracture des

presque subitement à la suite de frictions exercées sur le membre. Leur disparition coïncida avec l'éruption des règles, mais il survint dès le lendemain une contracture du pied.

On ne saurait trop, dans des cas semblables, se mettre en garde contre la simulation. Notre attention éveillée sur ce point n'a pu surprendre chez notre malade le plus petit indice de supercherie. On peut trouver, nous pensons, dans les détails de l'observation publiée plus loin, p. 91, des preuves suffisantes de la sincérité du sujet. Je signalerai, à cet égard, l'abaissement considérable de température du membre paralysé.

[1] *De la contracture hystérique permanente*, par Bourneville et Voulet.

muscles de la moitié droite de la face, avec trismus, constriction de la gorge, aphonie presque complète, impossibilité de fermer l'œil du côté malade (droit). » Cette contracture disparut tout à coup au bout de six semaines.

Ces faits de contracture développée subitement à la suite d'une vive impression morale doivent trouver, du moins en partie, leur explication dans l'existence préalable d'une modification spéciale du système nerveux, que nous étudierons plus loin sous le nom de diathèse de contracture. Cet état, qui passe d'ordinaire inaperçu parce qu'il ne se révèle par aucun signe extérieur frappant, consiste en une aptitude générale du muscle à entrer en contracture sous l'action des excitants les plus variés. Cette excitation peut être un choc extérieur, un traumatisme, une lésion quelconque des nerfs de sensibilité réagissant par l'intermédiaire de la moelle sur les nerfs moteurs. Cette excitation peut aussi partir directement de l'écorce cérébrale, et c'est le cas des contractures par émotion morale vive.

Existe-t-il quelque différence entre les émotions qui donnent naissance à la paralysie, et celles qui engendrent la contracture ? Ou autrement dit, les passions suivant leur nature, gaies ou tristes, ont-elles une influence spéciale sur la nature (contracture ou paralysie) du trouble moteur qu'elles déterminent ?

Les auteurs ont bien prétendu que les émotions tristes qui abattent le courage favorisent particulièrement le développement de la paralysie, et qu'il existe à ce point de vue un antagonisme entre les émotions tristes et les émotions gaies. Ils citent alors des exemples de guérisons subites survenues chez des malades, dont la paralysie rebelle à la thérapeutique s'est, comme par enchantement, dissipée sous l'influence d'une émotion agréable.

Pour nous, il nous semble qu'ici toute distinction est arbitraire et que le choc moral ne joue que le rôle de cause occasionnelle. Il est le principe déterminant. Quant à la nature de la détermination, la raison doit en être cherchée dans l'état du système neuro-musculaire, au moment où il est impressionné. C'est ainsi que le choc moral donnera naissance à la contracture si le sujet est, à ce moment, dans les conditions spéciales de la diathèse de contracture. Ces considérations acquerront toute leur valeur lorsque nous aurons étudié avec soin cet état neuro-mus-

culaire spécial si facilement méconnu, et dont la fréquence a certainement échappé aux anciens auteurs.

En résumé, l'influence psychique sur le développement des paralysies et des contractures hystériques se traduit de plusieurs façons, à la faveur d'un état nerveux spécial créé par l'émotion, ou le traumatisme, ou bien sans aucun intermédiaire, grâce aux seules prédispositions morbides spéciales aux individus atteints de la diathèse hystérique.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Je décrirai séparément les symptômes des paralysies et ceux des contractures.

ARTICLE I

PARALYSIES HYSTÉRIQUES

En se plaçant au point de vue clinique, on peut distinguer dans la paralysie hystérique les formes suivantes :
1° L'amyosthénie qui n'est qu'un léger degré de paralysie ; 2° la paralysie vulgaire qui répond aux cas les plus communément observés ; 3° la paralysie par suppression des mouvements coordonnés qui est une forme spéciale récemment décrite par M. le professeur Charcot.

I. — Amyosthénie.

L'affaiblissement que la motilité peut subir dans l'hystérie existe à tous les degrés.

Le degré le plus faible est désigné sous le nom d'amyosthénie. Il fait partie du tableau des symptômes permanents de l'hystérie, marche de pair avec l'anesthésie et ne rentre pas d'ordinaire dans

le cadre des paralysies : il est cependant intéressant de s'y arrêter un instant, car il ne diffère que par le degré des troubles musculaires plus profonds et manifestement paralytiques.

L'amyosthénie ne se traduit d'ordinaire par aucun trouble fonctionnel apparent. Si le malade a remarqué qu'il était un peu plus faible d'un bras ou d'une jambe, il n'y attache que peu d'importance. Aucun des actes qui exigent le concours des membres supérieurs n'est entravé, et la démarche n'est point gênée. C'est donc là un signe délicat et qui demande à être recherché avec soin.

Pour reconnaître l'amyosthénie, il suffit parfois d'engager le malade à serrer une des mains de l'observateur avec les deux siennes alternativement ; il existe, au détriment du côté amyosthénique, une différence de force de pression facile à apprécier par ce simple moyen. Pour les autres segments du membre, on agit ainsi qu'il suit : le membre (bras ou jambe) étant placé dans une attitude déterminée (flexion ou extension), l'observateur essaie de modifier cette attitude en priant le sujet de résister de toutes ses forces. C'est ainsi que, dans certains cas de paralysie incomplète, il est facile de mesurer en quelque sorte la différence de puissance qui existe entre les muscles antagonistes suivant que le membre résiste plus fortement dans une attitude que dans l'autre, en flexion qu'en extension par exemple. Mais, dans l'amyosthénie hystérique, ce n'est pas le cas, et l'on peut constater, par cette manœuvre, que la force musculaire est diminuée à peu près autant dans les différents groupes musculaires. Le membre résiste de la même façon dans l'extension quand on essaie de le fléchir ou dans la flexion quand on essaie de l'étendre. C'est en comparant avec un autre membre, celui du côté opposé, par exemple, que l'on constate une différence dans l'état des forces.

Enfin, il est un procédé plus précis pour mesurer cet état des forces et qu'il ne faut pas négliger. C'est l'emploi du dynamomètre. Cet instrument est assez commun pour que je n'entre pas ici dans sa description. Il faut savoir qu'il existe toujours entre la force de pression des deux mains une différence de quelques degrés à l'avantage de la main droite pour les droitiers, ou de la main gauche pour les gauchers. Il en résulte qu'une aussi faible différence n'aura de signification que si c'est la main droite dont

le degré de pression est au-dessous de celui de la main gauche chez un droitier ou *vice versa* chez un gaucher.

Il est à peine besoin de dire que ce faible degré d'impuissance motrice désignée du nom d'amyosthénie ne s'accompagne d'aucune modification de volume du membre et ne se révèle par aucun signe dans la forme extérieure des parties. C'est d'ailleurs le cas général même pour les paralysies très accusées ainsi que nous le verrons plus loin.

Les réflexes tendineux du membre amyosthénique sont généralement exaltés, et souvent coexiste cet état spécial d'aptitude à la contracture auquel nous consacrerons un chapitre spécial.

L'amyosthénie accompagne d'ordinaire l'anesthésie hystérique, et se distribue de la même façon qu'elle, affectant fréquemment la forme hémiplégique et occupant de préférence les membres du côté gauche. Les agents aesthésiogènes qui influent sur la sensibilité intéressent également l'amyosthénie qui se déplace en même temps que l'anesthésie, ainsi que Burcq l'avait parfaitement noté, passant alternativement avec elle d'un côté à l'autre du corps dans le phénomène du transfert et des oscillations consécutives.

Néanmoins toute générale que soit cette règle, elle souffre des exceptions, et l'amyosthénie peut exister sans diminution de la sensibilité, ou même avec un certain degré d'hyperesthésie.

L'amyosthénie subit des alternatives d'aggravation ou de décroissance sous l'influence de causes variées. Elle diminue lorsque la diathèse hystérique s'épuise. Les émotions vives l'augmentent, et elle se transforme parfois graduellement en véritable paralysie ; ou bien elle constitue un terrain favorable au développement de la contracture. L'approche des grandes attaques a pour effet d'en accroître le degré au point que la faiblesse du membre devient de l'impuissance presque absolue dans les quelques jours ou quelques heures qui précèdent.

II. — **Paralysie** (forme vulgaire).

Le *début* de la paralysie hystérique est brusque ou graduel. On voit par degrés insensibles la faiblesse d'un membre augmenter,

et l'amyosthénie se transformer en paralysie, ou bien l'établissement de la paralysie est rapide, parfois instantané ; d'autres fois, elle met quelques jours ou quelques heures à se développer. Elle est parfois précédée de douleurs, de fourmillements, et même de gonflement dans les parties qui vont en être le siège. Rarement elle est inaugurée par un accès avec perte de connaissance qui peut simuler plus ou moins une attaque d'apoplexie. Si alors la paralysie revêt la forme hémiplégique, ainsi qu'il en existe plusieurs observations, on comprend que l'erreur soit possible. Le véritable diagnostic sera néanmoins facilement établi si l'on a égard à la nature du symptôme, à sa marche et aussi à la coexistence de quelque autre manifestation de la grande névrose.

Une fois constituée, la paralysie hystérique présente les caractères généraux suivants :

A. — *Elle est rarement complète.*

Le membre atteint est incapable de remplir ses fonctions. Si c'est le membre supérieur, il retombe inerte le long du corps : si la paralysie a envahi une jambe, le malade la traîne après lui comme une masse privée de vie. Si les deux jambes sont prises, il est confiné au lit. Mais, en y regardant de près, on constate que le plus souvent le membre paralysé a conservé la faculté de mouvoir, très faiblement il est vrai, quelques-unes de ses parties.

B. — *Elle atteint à un égal degré les muscles antagonistes.*

Lorsque ces mouvements conservés ont quelque étendue, ils sont considérablement affaiblis, et l'on constate que le membre a autant de difficulté à se mouvoir dans un sens que dans l'autre ; les muscles antagonistes sont atteints à un égal degré. L'attitude que prennent les membres paralysés peut en imposer quelquefois. C'est ainsi que, lorsque la paralysie du membre supérieur est limitée à la main et à l'avant-bras, ce membre se place

naturellement en position intermédiaire entre la pronation et la supination lorsqu'il retombe le long du corps, le dos de la main tourné en dehors et en avant. Si la malade essaie alors de soulever son avant-bras, le poids du poignet entraîne celui-ci en pronation, et la main est tombante de telle façon qu'à première vue l'on pourrait croire à une paralysie partielle des extenseurs comme dans la paralysie saturnine. Mais il suffit alors de placer le membre dans la supination pour constater que le mouvement de pronation est également impossible, et que la flexion du poignet est tout aussi impossible que l'extension l'était tout à l'heure. C'est ce que nous avons pu constater très nettement chez une de nos malades. (Voy. obs. I.)

C. — *Rareté des troubles de la nutrition.*

Le membre paralysé conserve d'ordinaire ses reliefs musculaires et l'atrophie des muscles ne s'observe qu'exceptionnellement.

De récentes observations dans le service de M. le professeur Charcot ont mis hors de doute l'existence de l'atrophie musculaire dans la paralysie hystérique [1]. Il s'agit dans ce cas d'une amyotrophie simple, sans réaction de dégénérescence, survenant assez rapidement, pouvant atteindre un degré assez profond, mais susceptible de se restaurer en peu de temps. De nouveaux faits dus à MM. Dutil et Gilles de la Tourette tendent à faire admettre que l'atrophie hystérique peut fort bien dans certains cas s'accompagner de la réaction de dégénérescence.

Les troubles de nutrition de la peau sont également fort rares. Je considère comme exceptionnels les signes relevés par Lejamptel [2] chez deux malades et qui consistaient en un développement exagéré des poils et des ongles, et dans un léger épaississement de la peau donnant lieu à un état rugueux parfaitement appréciable au toucher.

Les troubles vaso-moteurs sont moins rares. On observe des

[1] Charcot (*Œuvres complètes*, t. III, Appendice). Babinski, *De l'Atrophie musculaire dans les paralysies hystériques*, Archives de neurologie, juillet 1886.

[2] Thèse, Paris, 1872.

rougeurs par place ou bien une coloration générale violacée, et je signalerai comme un phénomène fréquent la production de sortes de plaques d'urticaire sous l'influence des excitations variées de la peau, piqûre, pincement, frottement, etc...

C'est là, d'ailleurs, un phénomène fréquent dans l'hystérie relevé par M. Dujardin-Beaumetz dans une observation bien connue, et dont M. Bourneville a cité dans son Iconographie de nombreux exemples.

C'est ici le lieu de citer un trouble trophique consistant en un œdème dur, bleuté, indolent ou douloureux, désigné par M. Charcot sous le nom d'*œdème bleu* des hystériques et sur lequel, bien que connu déjà de Sydenham, l'attention n'a été attirée que dans ces derniers temps. Cet œdème accompagne le plus souvent la paralysie ou la contracture se surajoutant aux troubles de la sensibilité. Nous avons eu l'occasion d'observer quelque chose de semblable chez notre malade qui fait l'objet de l'observation I. Une étude complète de ce symptôme a été faite par MM. Dutil et Gilles de la Tourette [1].

La température des membres paralysés, d'après la plupart des auteurs, subit un léger abaissement. Mais les recherches entreprises à ce sujet n'ont pas toujours donné des résultats identiques. Lejamptel a constaté peu de différences dans la température des membres paralysés et de leurs congénères sains. C'est, suivant cet auteur, tantôt une légère différence en plus, et tantôt un léger degré d'abaissement. Chez une de nos malades, nous avons vu sur le membre supérieur paralysé la température inégalement répartie, l'avant-bras étant plus froid de 3 degrés et la main plus chaude à peu près d'autant que les parties correspondantes du membre sain.

Dans nos expériences de paralysies provoquées pendant l'hypnotisme, avec persistance de la paralysie après le réveil, nous avons noté un refroidissement très sensible à la main du membre paralysé.

[1] *Contribution à l'étude des troubles trophiques de l'hystérie*, Dutil et Gilles de la Tourette (Nouvelle Iconographie, 2e année, n° 6).

D. — *Conservation de la contractilité électrique.*

Duchenne a beaucoup insisté sur les signes fournis par l'exploration électrique des muscles paralysés. On constaterait toujours, suivant lui, la conservation de la contractilité faradique de tous les muscles du membre atteint, quel que soit le degré de l'impuissance motrice. Il a signalé un autre signe tiré de la perte de la sensibilité électro-musculaire. Le muscle paralysé se contracte, et sa contraction n'est pas douloureuse; quelle que soit l'intensité du courant, elle n'est pas sentie. La réunion de ces deux caractères suffit, d'après cet auteur, pour établir le diagnostic de la paralysie hystérique, et la distinguer des autres sortes de paralysies.

La conservation de la contractilité faradique est, en effet, un signe précieux pour le diagnostic: mais il n'a pas la constance que Duchenne lui a attribuée. Des auteurs, entre autres Briquet, Bénédikt, Lebreton, Hélot, ont cité des exemples de paralysies véritablement hystériques qui s'étaient accompagnées de diminution notable ou même de perte absolue de la contractilité électrique. Nous-même avons eu l'occasion d'en observer un exemple que nous avons longuement étudié et dont l'histoire est rapportée tout au long plus bas. Il s'agissait de paralysies transitoires, affectant tantôt un membre, tantôt l'autre, et l'impuissance motrice qui était absolue s'accompagnait, dans la plupart des muscles du membre, d'une diminution notable et même, dans quelques-uns, d'une perte absolue de la contractilité faradique et galvanique. Les réactions galvaniques étaient affaiblies ou anéanties, mais la formule n'a jamais présenté les caractères de la réaction de dégénérescence. Le retour de la contractilité électrique ne se faisait pas toujours parallèlement avec le retour des mouvements volontaires. Ces derniers réapparaissaient avant le retour de propriétés électriques des muscles. La rareté du fait nous engage à donner ici l'observation de cette malade intéressante d'ailleurs à d'autres titres.

OBSERVATION I

PARALYSIE ERRATIQUE. DIMINUTION ET SUPPRESSION COMPLÈTE DE L'EXCITABILITÉ ÉLECTRIQUE DANS CERTAINS GROUPES MUSCULAIRES. INFLUENCE DE LA FARADISATION SUR LE RETOUR DES MOUVEMENTS. APPARITION DE LA DIATHÈSE DE CONTRACTURE.

J... (Alphonsine), vingt-sept ans. — Née à Courspalais dans la Brie, habite Fontenoy depuis deux ans.

A. H. — Nuls.

A. P. — N'a jamais fait de grande maladie. Vers l'âge de douze ou treize ans, elle a eu des attaques pendant trois ou quatre ans. Dans ces attaques la malade ne perdait pas connaissance, mais elle ne voyait pas les objets autour d'elle.

Elle s'est mariée à vingt-deux ans et n'avait plus d'attaques depuis quelques temps.

A l'âge de vingt-quatre ans, alors qu'elle était enceinte de sept mois, un incendie éclata dans une écurie de la ferme qui lui appartenait. Sa frayeur fut vive, et son chagrin violent en constatant le dégât matériel qui en fut la suite : le bâtiment détruit et les chevaux brûlés. Toutefois la grossesse fut conduite à terme, mais depuis cette époque la malade était devenue très impressionnable.

Il y a un an, elle fut prise d'accidents qui, d'après les renseignements fournis par la malade, nous paraissent avoir consisté dans des troubles de la sensibilité : anesthésie des deux membres inférieurs, avec hyperesthésie du tronc et des membres supérieurs.

Au bout de quatorze jours, apparition d'attaques plus fortes que celles qui avaient existé antérieurement, à la suite desquelles survint de la contracture qui immobilisa la jambe en flexion sur la cuisse et aussi, mais incomplètement, l'articulation de la hanche. Une autre fois survint un torticolis avec inclinaison latérale de la tête sur l'épaule droite. Des accidents semblables survenus depuis nous font penser qu'il s'agissait alors d'un torticolis paralytique.

Ces accidents (contractures et paralysie) étaient transitoires. Ils

apparaissaient à la suite d'une attaque, persistaient quatre ou cinq jours, puis une nouvelle attaque venait y mettre fin. Au bout de quatre ou cinq mois les symptômes s'atténuèrent ; la malade eut trois ou quatre mois de calme, et depuis quatre mois les accidents se sont reproduits.

Le 17 décembre 1882, J... présente les troubles nerveux suivants :

Ovaralgie gauche légère. Point douloureux sous-mammaire à gauche.

Accidents paralytiques affectant les membres d'une façon inégale et transitoire. Aujourd'hui l'état de la motilité est le suivant :

Au membre inférieur droit la motilité est intacte. Le membre inférieur gauche est très faible. La malade a de la difficulté pour marcher. Elle se sert d'une béquille qu'elle porte à gauche. Elle peut à peine s'appuyer sur son membre inférieur gauche. Lorsqu'elle est au lit, elle ne le soulève qu'avec beaucoup de difficulté au-dessus du plan du lit. Dans la marche le pied gauche se met souvent en varus équin.

Les deux membres supérieurs sont parésiés. La chute des poignets, qui existe depuis environ deux mois donne à la malade l'aspect d'une personne atteinte de paralysie radiale. Mais, en y regardant de plus près, on constate que tous les muscles sont parésiés.

Il serait plus juste de dire que le membre droit est paralysé. Il retombe flasque le long du corps, et la malade ne peut le soulever. Quant au membre supérieur gauche, tous les mouvements en sont très affaiblis, mais ils persistent.

Les réflexes sont très marqués aux deux membres inférieurs, mais il n'y a pas d'épilepsie spinale. Aux membres supérieurs ils existent sans exagération.

Au niveau des membres le plus profondément atteints, c'est-à-dire du membre supérieur droit et inférieur gauche, il existe une analgésie presque complète. Depuis quelques jours qu'elle est dans le service, la malade a eu plusieurs attaques convulsives. Elle perd quelquefois connaissance pendant ces crises qui, d'après les renseignements qui nous sont fournis par la surveillante, se composeraient particulièrement des phénomènes appartenant à la deuxième période de la grande attaque. L'excitation mécanique des points douloureux ne détermine pas les attaques.

19 décembre. — Hier, à la suite d'une très forte attaque convulsive, est survenu un torticolis qui persiste encore ce matin. La tête est penchée sur l'épaule droite, la face très légèrement tournée à gauche. Le trapèze et le sterno-mastoïdien gauches sont douloureux au toucher. Il y a un peu de gonflement à leur niveau, et la malade se plaint de douleurs spontanées dans tout ce côté gauche du cou. Du côté droit toutes les parties

molles du cou sont flasques et non douloureuses à la pression. On ne sent, ni d'un côté ni de l'autre, de corde formée par quelque muscle contracturé. La tête se laisse facilement ramener jusqu'à la situation verticale et se laisse porter même jusque sur l'épaule gauche ; mais elle retombe dès qu'on l'abandonne, et la malade accuse une douleur dans les muscles (paralysés) du côté gauche. On peut également exagérer le mouvement d'inclinaison de la tête sur l'épaule droite, mais cette manœuvre ne se fait pas sans provoquer des douleurs à gauche.

Etat de la motilité dans les membres. — La jambe gauche est plus solide qu'hier, elle marche avec plus de facilité. La pointe du pied est moins tournée en dedans.

Le bras gauche est libre de tous ses mouvements, comme ces jours derniers, mais la malade dit qu'elle sent les forces de ce membre diminuer. Elle y sent des engourdissements qui, suivant elle, sont précurseurs de la paralysie.

Le bras droit est moins paralysé qu'hier. Elle peut le soulever jusqu'à l'horizontale. Le poignet est toujours tombant. Elle dit que, pendant toute la nuit, ce bras a été le siège de mouvements spontanés et involontaires dans les doigts. Dans ces mouvements les doigts s'étendraient, s'écarteraient, mais ne se fléchiraient jamais.

Examen électrique des muscles. — Faradisation.

Membre supérieur droit. — Les muscles de l'avant-bras excités les uns après les autres répondent parfaitement à l'action du courant, à l'exception des muscles suivants : *Le long supinateur* se contracte faiblement avec propagation de l'excitation aux fléchisseurs des doigts et de la main; *Les radiaux* sont complètement inexcitables. L'excitation portée à leur niveau détermine une contraction des muscles fléchisseurs des doigts et de la main; *Le long extenseur du pouce* donne une contraction douteuse. Rien d'anormal dans les contractions des muscles de la main. — Les muscles biceps, deltoïde, trapèze, sterno-cléido-mastoïdien se contractent bien. La portion externe du triceps se contracte faiblement : pour la portion interne et médiane du même muscle, réaction nulle.

Membre supérieur gauche. — La tête est toujours tombante sur l'épaule droite. Le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien se contractent parfaitement. A la suite de leur excitation plusieurs fois répétée, la tête reprend sa position normale et la conserve. Le torticolis paralytique a disparu presque instantanément sous l'influence de la faradisation des muscles paralysés.

Le deltoïde et le biceps se contractent très bien ; mais le triceps ne répond que faiblement.

Les muscles de l'avant-bras et de la main, excités les uns après les autres, répondent parfaitement à l'action du courant, à l'exception des muscles suivants : *Long supinateur*, contraction faible. — *Radiaux*, contracture nulle. — *Extenseur du pouce*, contracture douteuse.

Galvanisation. — Les muscles qui ne répondent pas à la faradisation ne donnent à l'action galvanique qu'une réaction faible et parfois douteuse. Lorsque les réactions existent, il n'y a pas d'inversion dans la formule.

En résumé, il y a affaiblissement parallèle dans certains muscles de l'excitabilité faradique et galvanique, et disparition complète dans les muscles radiaux.

21 décembre. — Attaque hier au soir à la suite de laquelle le torticolis, qui s'était reproduit, a disparu. L'état de la motilité des membres supérieurs est le même qu'à la précédente exploration ; la malade dit que ses jambes ont plus de force. On constate à nouveau que les muscles radiaux des deux côtés demeurent complètement inexcitables aux deux sortes d'électricité. Mais on note que la faradisation des troncs nerveux des membres supérieurs donne des résultats tout à fait normaux et que, par l'intermédiaire du nerf radial, les muscles radiaux inexcitables directement se contractent parfaitement bien.

23 décembre. — Le membre supérieur droit s'est amélioré, mais la paralysie du membre supérieur gauche s'est aggravée.

La malade arrive à détacher la main du genou, mais ne peut l'élever jusqu'à l'horizontale. Elle ne peut fléchir l'avant-bras ; le mouvement d'extension existe très faible. Le poignet est tombant sans qu'il puisse être soulevé. La flexion des doigts et leur extension sont également limitées. Elle ne peut écarter les doigts que faiblement. Le pouce n'a que des mouvements de peu d'étendue.

Toute la main est gonflée.

Tous les mouvements du membre inférieur droit sont libres, et les divers segments résistent avec force. Dans le membre inférieur gauche la faiblesse est extrême, mais surtout au pied et à la jambe. Le pied est tombant et ne peut exécuter le plus petit mouvement.

Pendant le cours de notre examen la malade est prise subitement du torticolis paralytique qui s'est déjà présenté à plusieurs reprises.

Le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze gauche qui laissait tomber la tête à droite sont faradisés pendant quelques minutes, et tout rentre dans l'ordre.

4 janvier. — Aujourd'hui la paralysie est revenue avec plus d'intensité au membre supérieur droit : impossibilité de relever le poignet ; les autres mouvements persistent, mais limités et avec une faiblesse extrême. Excitabilité faradique nulle des muscles radiaux, même avec

un courant très fort. Par contre, le membre supérieur gauche a recouvré en partie ses mouvements ; un courant faradique modéré amène la contraction des muscles radiaux.

8 janvier. — L'état de la motilité s'est sensiblement amélioré aux membres supérieurs, le droit a repris des forces, et le poignet toujours tombant peut être soulevé, très faiblement, il est vrai. Néanmoins la perte de la contractilité faradique des muscles radiaux est complète, qu'ils soient excités directement ou par l'intermédiaire du nerf radial.

Mais le bras gauche a retrouvé l'intégrité de ses mouvements. Pression de la main au dynanomètre = 20. Tous les nerfs et tous les muscles, y compris le nerf radial et les muscles radiaux, sont parfaitement excitables.

Quant aux membres inférieurs, tous les mouvements sont conservés et s'exécutent avec force à droite, tandis qu'à gauche le pied n'est susceptible d'aucun mouvement spontané; il affecte l'attitude du pied bot varus ; il n'est point raide et se laisse facilement déplacer dans tous les sens. Les mouvements de flexion et d'extension de la jambe se font avec la plus grande peine et encore d'une façon incomplète. La flexion de la cuisse sur le bassin peut s'opérer, mais sans force. Les mouvements d'adduction existent, mais n'opposent aucune résistance si on essaie de les vaincre. Les réflexes rotuliens paraissent un peu moins forts que de l'autre côté ; pas de trépidations provoquées.

Le jambier antérieur et les muscles péroniers excités faradiquement se contractent également bien des deux côtés.

Pendant l'examen le torticolis paralytique se produit, tout d'un coup la tête tombe sur l'épaule droite. La faradisation des muscles trapèze et sterno-mastoïdien à gauche remet les choses en ordre au bout de quelques instants.

Nous constatons aujourd'hui chez notre malade un accident d'ordre nouveau que nous n'avons pas encore eu l'occasion d'observer : c'est une véritable contracture. Hier au soir, à la suite d'une attaque, est survenue une contracture des muscles masséters et temporaux, qui maintient les arcades dentaires exactement appliquées l'une contre l'autre. La malade ne peut desserrer les dents, elle ne fait entendre que des sons inarticulés et ne peut communiquer avec nous que par signes. Elle indique ainsi que derrière ses dents serrées elle peut facilement faire mouvoir la langue. Rien de particulier dans la face et les lèvres dont les mouvements sont normaux. Pas de raideur dans les muscles du cou. La malade indique qu'elle souffre dans les régions massétérines et derrière les oreilles suivant une ligne qui descendrait, de chaque côté, le long du sterno-mastoïdien.

Les massèters ainsi que les temporaux sont durs au toucher. Ils sont le siège de vibrations parfaitement sensibles sous les doigts. Un tracé obtenu à l'aide d'un myographe appliqué sur le masséter gauche permet de constater que les vibrations sont constituées par des secousses musculaires qui reviennent par séries avec des intervalles de repos plus ou moins longs. Ces secousses se reproduisent tout à fait spontanément, mais on peut les faire reparaître à coup sûr en essayant d'abaisser la mâchoire inférieure. Cette contracture s'est produite immédiatement après l'attaque d'hier, à la suite de laquelle on lui a mis la ceinture compressive de l'ovaire, qu'elle garde encore ce matin. Les attaques ont été suspendues, mais la contracture persiste toujours au même degré.

Les membres sont restés ce qu'ils étaient avant l'attaque.

9 janvier. — Hier à deux heures de l'après-midi, la malade ayant retiré sa ceinture a eu des attaques, à la suite desquelles la contracture de la mâchoire a disparu.

L'état de la motilité a subi quelques modifications depuis hier. La malade dit que son bras droit reprend de la force pendant que le gauche en perd. Elle se sent plus forte de la jambe gauche.

Nous constatons en effet que tous les mouvements du membre supérieur droit s'exécutent avec plus de facilité qu'hier. Le poignet peut être relevé jusqu'à l'horizontale. La flexion du poignet s'exécute. Les mouvements du bras et de l'épaule ont même acquis un peu de force.

Le membre supérieur gauche a conservé les mouvements, mais ils s'exécutent avec moins de force qu'hier. Pression dynamométrique de la main = 11.

La malade remue la cuisse gauche avec plus de facilité, mais le pied est aussi incapable de mouvements. — Le membre inférieur droit a conservé et exécute tous les mouvements avec autant de force qu'hier.

On constate le retour de l'excitabilité faradique dans les muscles radiaux. Le nerf radial est excitable faradiquement des deux côtés, mais avec un courant fort. Tous les muscles de l'avant-bras se contractent presque normalement des deux côtés, avec cette particularité que, pour amener la contraction des muscles radiaux, il faut notablement augmenter la force du courant.

Aux deux membres inférieurs : réactions normales.

Les deux mains ne sont plus enflées comme elles l'ont été au début.

Sensibilité. — Analgésie complète des deux bras et du membre inférieur gauche. La piqûre n'est pas sentie ; mais la malade sent qu'on la touche ; tandis qu'à la face, au dos, à la poitrine, au membre inférieur droit, la piqûre est parfaitement sentie.

Un aimant est appliqué près de l'avant-bras gauche, et maintenu pendant une heure vingt minutes sans qu'aucune modification appréciable de la sensibilité ou de la motilité se soit produite.

11 janvier. — Le membre supérieur droit a continué à reprendre des forces. Pression dynamométrique de la main = 8 à 10 kilog., tandis que le membre supérieur gauche est redevenu presque impotent. Pression dynamométrique = 0.

Le membre inférieur gauche a presque recouvré toute l'intégrité de ses mouvements. Non seulement la malade peut mouvoir son pied en tous sens, ce qu'elle n'avait pas encore pu faire depuis que nous l'observons, mais elle le fait avec une certaine force, presque égale à celle de l'autre jambe.

La *faradisation* montre que l'excitabilité électrique est redevenue normale, ou à peu de chose près, au membre supérieur droit ; tandis qu'au membre supérieur gauche aujourd'hui paralysé elle est altérée pour le nerf radial et les muscles radiaux. Avec un courant très fort la réaction due à l'excitation du nerf radial demeure incomplète, le poignet restant toujours fléchi. Portée directement sur les muscles radiaux, l'excitation faradique demeure également sans résultat.

15 janvier. — Le membre supérieur droit a gagné en force (pression dynamométrique = 16), de même que le membre supérieur gauche plus fort qu'au dernier examen (pression dynamométrique = 7). Les mouvements de ce membre les plus faibles sont ceux de flexion et d'extension du poignet.

Les mouvements du membre inférieur gauche s'exécutent avec une certaine force, mais moindre qu'au dernier examen.

Le membre inférieur droit a conservé sa force.

Faradisation. — L'avant-bras droit a recouvré l'excitation normale pour les muscles et les nerfs. Peut-être y a-t-il un peu de diminution de l'excitabilité pour les muscles radiaux.

A l'avant-bras gauche, on constate une diminution notable de l'excitabilité faradique par l'excitation directe et indirecte pour les membres radiaux. Les excitations électriques fortes qu'on vient de porter sur ce membre ont eu pour résultat d'augmenter manifestement l'excitabilité des muscles en défaut. A la fin de l'examen un courant d'intensité bien moindre produit les mêmes résultats qu'un courant très fort au début.

D'ailleurs, la malade dit elle-même que, toujours après les différents examens électriques qu'on lui a fait subir, elle s'est sentie plus forte. Aujourd'hui en effet la main gauche, qui avant l'électrisation donnait au dynanomètre une pression égale à 7 kilog., donne en ce moment une pression égale à 13 kilog.

La malade a eu une attaque ce matin après avoir retiré la ceinture compressive qu'elle conservait depuis deux jours.

Elle se plaint de souffrir d'une douleur sourde et continue et de tiraillements dans la joue gauche, le cou du même côté et jusque dans l'épaule. Cela depuis l'attaque de ce matin. Les parties douloureuses sont le siège d'un léger gonflement, très appréciable à la joue.

16 janvier. — Le gonflement de la joue gauche est plus marqué qu'hier. Les douleurs sont plus vives et ont empêché le sommeil. Elles existent dans le côté gauche de la tête, le long du cou et dans l'épaule du même côté. Elle dit éprouver de temps à autre des tremblements par tout le corps et surtout dans la mâchoire. Elle ne souffre pas des dents. Le pouls bat 84 pulsations par minute.

Il existe un affaiblissement marqué des muscles masticateurs. Elle ne peut serrer les dents avec force et se plaint de ne pouvoir faire aller la mâchoire comme elle peut.

Main gauche. — Pression dynanométrique = 6.

Main droite. — Pression dynanométrique = 12.

18 janvier. — Avant-hier au soir, attaque. Dans la nuit qui a suivi, la malade a senti que son bras gauche se paralysait ; au matin, lorsque nous avons vu la malade, la paralysie était presque complète. Seule l'épaule conservait des mouvements très limités.

Aujourd'hui la paralysie de tout le membre supérieur gauche est complète. Il retombe inerte le long du corps. La main est gonflée et violette. Pression dynamométrique à droite = 16.

La douleur persiste toujours dans la moitié gauche de la tête et le long du cou, du même côté à partir de l'épaule ; le bras paralysé n'est pas douloureux. L'anesthésie de ce membre est absolue et existe pour tous les différents modes de sensibilité : piqûre, froid, chaleur, contact, sens musculaire.

L'*examen électrique* donne les résultats suivants :

Au membre supérieur droit. — Diminution de la contractilité faradique pour les muscles radiaux et le nerf radial.

Au membre supérieur gauche. — A une première tentative, abolition de la contractilité faradique dans les deux muscles radiaux et perte de l'excitabilité pour le nerf radial. Mais on constate bientôt, de la façon la plus nette, le retour de l'excitabilité dans les muscles radiaux et le nerf radial, aussi bien avec la faradisation qu'avec la galvanisation.

A la suite de cet examen on remarque que la malade peut faire quelques mouvements avec ce membre auparavant complètement inerte. Elle l'éloigne du corps de 45 centimètres environ. Elle remue les doigts. Mais elle ne peut toujours pas relever le poignet.

Au fur et à mesure qu'on électrisait son bras, la malade dit qu'elle sentait la faiblesse envahir les muscles du cou à gauche, et que sa tête avait une grande tendance à retomber sur l'épaule droite.

Le membre supérieur droit n'a rien perdu de sa force. au contraire : la pression dynanométrique = 18.

23 janvier. — Retour de la motilité du membre supérieur gauche. Pression dynanométrique : main droite = 19, main gauche = 10. La malade n'a plus de douleurs dans la face ni dans le cou. Le gonflement a disparu.

L'état de la motilité des membres inférieurs est toujours le même, le gauche plus faible que droit.

Sensibilité normale à la jambe droite. Anesthésie de la jambe gauche. Analgésie des deux membres supérieurs, le gauche plus atteint que le droit.

La diminution de l'excitabilité faradique persiste au membre supérieur gauche pour les muscles radiaux et pour le nerf radial.

Depuis que les membres vont mieux, la malade se plaint d'avoir un sommeil très agité: on la trouve debout sur son lit, gesticulant, parlant. On est obligé de lui mettre la camisole. Le matin au réveil la malade est fort surprise de se trouver camisolée. Elle ne se souvient habituellement de rien. Quelquefois un souvenir très confus persiste, mais elle nc peut reconstituer aucun rêve précis. « Elle se trouvc perdue, » dit-elle. Elle se voit dans le feu, dans les flammes. C'est tout ce qu'elle peut dire.

29 janvier. — A la suite d'attaques survenues, il y a quelques jours, le membre supérieur gauche a été paralysé de nouveau. Il était complètement inerte. Aucun mouvement n'était possible, pas même dans l'épaule. Ce matin, la malade a eu de nouvelles attaques, et le membre supérieur gauche a repris quelques mouvements ; il peut être élevé jusqu'à la position horizontale. L'avant-bras et le poignet sont privés de tout mouvement. Les réflexes tendineux ont disparu dans le membre paralysé. Ils sont exagérés au contraire au membre supérieur droit.

30 janvier. — La paralysie du membre supérieur gauche est en voie d'amélioration.

10 février. — Depuis trois jours la paralysie a gagné de nouveau le membre supérieur gauche qui avait recouvré ses mouvements. Aujourd'hui la paralysie flaccide est absolue. La main est un peu gonflée, humide, chaude. La température de la main gauche est un peu plus élevée que celle de la main droite, tandis que c'est le contraire pour la température des avant-bras.

La température a été prise avec un même thermomètre à surface.

Dans la paume de la main gauche 32°,4 ;

Dans la paume de la main droite 29°,9 ;

Vers le milieu de la face externe de l'avant-bras : à gauche, 28°,1 ; à droite, 31°,2.

Au membre supérieur droit : légère diminution de l'excitabilité pour les muscles radiaux. A gauche : conservation de l'excitabilité du nerf radial. Les muscles radiaux d'abord inexcitables recouvrent peu à peu leur excitabilité sous l'influence de la faradisation. En même temps que ce résultat se produit, le cou se paralyse à gauche, et la tête retombe sur l'épaule droite. La faradisation des muscles sterno-mastoïdien et trapèze du côté gauche ramène bientôt la tête dans la situation normale.

Après la séance la malade peut soulever le bras gauche jusqu'à l'horizontale. Elle remue un peu les doigts.

13 février. — Depuis le 10 février la paralysie du bras gauche est restée stationnaire. Les réflexes tendineux n'existent pas ou très peu dans ce membre, tandis qu'ils sont exagérés au bras droit. Anesthésie complète à la piqûre du membre paralysé.

Application de l'aimant auprès de l'avant-bras droit. Au bout d'une heure aucune modification de la sensibilité. La paralysie gauche n'a pas bougé. La malade se plaint d'un peu de raideur et de quelques fourmillements dans les doigts à droite.

15 février. — La paralysie du bras gauche a disparu d'elle-même, mais le membre n'a pas encore repris toute sa vigueur. Les muscles radiaux se contractent à gauche, mais faiblement.

Un myographe est appliqué sur le groupe musculaire externe (radiaux) du bras gauche, et une excitation faradique est portée à chaque tour du cylindre, du mouvement moyen (appareil de Marey).

L'expérience dure une heure et demie. On remarque que la contraction s'accentue peu à peu. Il y a aussi une certaine irrégularité, et des contractions faibles au milieu de plus fortes.

8 mars. — L'état de la motilité paraît parfaite. Pression dynamométrique : main gauche 31 kilog. main droite = 35 kilog.

Les réflexes tendineux sont très exagérés au bras droit. A gauche ils n'existent pas au poignet et sont très faibles au coude. Réflexes rotuliens : à droite, peu accusés, à gauche à peine sensibles.

L'anesthésie paraît se répartir uniformément du côté gauche de façon à constituer l'hémianesthésie. L'insensibilité à la piqûre existe dans la moitié gauche de la tête, du cou et aux membres de ce côté : diminution légère de l'acuité auditive à gauche. Achromatopsie à gauche pour le violet et le vert.

La malade a été sur le point d'avoir ses attaques hier au soir. Elle a mis la ceinture compressive qu'elle porte encore ce matin.

Influence de l'excitation mécanique sur l'état de la motilité (contracture-

provoquée). — La répétition du choc tendineux aux deux membres supérieurs ne produit pas la contracture.

L'excitation mécanique du nerf cubital gauche en arrière de l'épitrochlée produit une secousse de peu d'etendue dans les doigts. Au bout d'un certain nombre de froissements du nerf, les doigts se trouvent raidis, sans être complètement immobilisés pour cela. La même manœuvre répétée du côté droit amène également des secousses dans les doigts, et la main finit par se raidir dans une attitude nullement en rapport avec l'action des muscles tributaires du nerf cubital excité. Les doigts sont en extension, le poignet lui-même est raidi.

L'excitation mécanique des muscles de l'avant-bras, par un massage énergique portant principalement sur la face antérieure, produit la contracture en flexion du poignet et des doigts, le pouce seul est dans l'extension. Le même résultat s'obtient aux deux membres supérieurs. La contracture cède par le massage des muscles extenseurs.

22 mars. — La paralysie n'a point reparu.

Force dynamométrique : main droite = 30 kilog. ; main gauche = 38 kil.

Les deux membres inférieurs ont une grande force.

Hémianesthésie de tout le côté gauche du corps. Perte de la sensibilité au contact, à la piqûre, à la température. Le sens musculaire seul est conservé.

Examen électrique. — Il existe aux deux membres supérieurs une diminution notable de l'excitation faradique pour le nerf radial et les deux muscles radiaux. Cette diminution est plus marquée à droite qu'a gauche.

Les réflexes tendineux sont très marqués au poignet, au coude, au genou des deux côtés.

Contractures provoquées. — Le choc tendineux très répété à la face palmaire des deux poignets produit de chaque côté une contracture des doigts en flexion. Cette contracture peu intense se résout facilement, soit d'elle-même, soit sur le massage de l'avant-bras.

Le froissement répété du nerf cubital en arrière de l'épitrochlée amène la contracture de la main dans l'attitude classique de la griffe cubitale du côté gauche. Au membre droit, la griffe est moins régulière.

L'excitation mécanique du nerf radial au sortir de la gouttière de torsion détermine la contracture de la main dans l'attitude de la griffe radiale, aussi bien à droite qu'à gauche. Le massage des muscles de la face antérieure de l'avant-bras produit la contracture en flexion du poignet et des doigts aussi bien à droite qu'à gauche.

Ces dernières contractures sont très intenses et cèdent facilement par le massage des muscles antagonistes.

4 avril. — La malade est toujours hémi-anesthésique du côté gauche. La force musculaire persiste ; pas de paralysie.

Comme au dernier examen, la contracture peut être provoquée avec une égale facilité aux deux membres supérieurs, à la suite de l'excitation mécanique portée soit sur les tendons, soit sur les nerfs, soit sur les masses musculaires.

La flexion brusque du poignet, contraction paradoxale, ne produit la contracture ni d'un côté ni de l'autre.

L'examen des yeux a été fait par M. Parinaud qui nous a remis la note suivante :

« Amblyopie caractéristique dans les deux yeux, plus prononcée à droite; strabisme convergent de l'œil droit. La malade dit avoir louché de cet œil dans sa première enfance sans avoir vu double. L'œil se serait redressé spontanément.

Le strabisme a reparu depuis qu'elle éprouve des accidents nerveux ; il s'y est joint de la diplopie. Il n'y a pas d'hypermétropie à laquelle on puisse rattacher le strabisme convergent qu'elle avait eu dans son enfance.

Je constate une paralysie de la sixième paire droite qui présente des particularités un peu spéciales. Quand l'œil est fermé et que l'on provoque la fixation de l'œil strabique dans la direction du muscle paralysé, la pupille ne dépasse pas la ligne médiane. Dans la fixation binoculaire, au contraire, l'œil recouvre en partie sa motilité qui reste toutefois assez défectueuse. Ces caractères accusent un trouble d'innovation centrale, et non une paralysie périphérique.

Diplopie homonyme caractérisée par la paralysie de la sixième paire droite. Pupilles égales, réagissant normalement. »

E. — *La paralysie hystérique s'accompagne très fréquemment de troubles de la sensibilité.*

Il existe des exemples où la sensibilité a conservé toute son intégrité dans les membres paralysés ; mais, dans le plus grand nombre des cas, les troubles du mouvement s'accompagnent d'une lésion plus ou moins profonde de la sensibilité. L'hyperesthésie est un fait rare.

L'anesthésie occupe exactement les parties paralysées comme dans le cas de Jarr... (Obs. I) au début de la maladie. Si la paralysie se déplace, l'anesthésie se déplace avec elle.

M. Charcot a insisté sur cette localisation étroite de l'anesthésie aux membres ou aux segments des membres atteints de paralysie. Nous y reviendrons plus loin au sujet des monoplégies hystériques, qu'il nous suffise de dire ici que ce mode de répartition de l'anesthésie purement géométrique, et nullement en rapport avec la distribution nerveuse, offre un contraste frappant avec la topographie des anesthésies dues aux lésions organiques des nerfs.

D'autres fois, l'anesthésie s'étend davantage et occupe toute une moitié du corps (hémianesthésie) ou bien devient générale. Les sens alors peuvent être aussi affectés. Elle est limitée à la peau ou gagne plus ou moins les parties profondes, envahissant les muscles et même les os. Si la paralysie est incomplète et que quelques mouvements persistent encore dans les membres atteints, cette anesthésie profonde peut, dans certains cas déterminés, être la cause de la suppression momentanée des mouvements. C'est ainsi que, si le sens musculaire est atteint, une malade encore capable de marcher péniblement malgré la parésie d'un ou des deux membres inférieurs lorsque les yeux sont ouverts, ne pourra plus, une fois les yeux fermés, non seulement faire un pas, mais même se tenir debout. Il en est de même pour le membre supérieur dont l'usage peut être complètement supprimé par la simple occlusion des yeux.

F. — *États des réflexes.*

Les réflexes cutanés persistent rarement, et leur existence ne paraît pas liée à la conservation de la sensibilité. On les voit, en effet, faire totalement défaut chez des malades qui n'offrent pas trace d'anesthésie (Obs. communiquée par M. Charcot).

Par contre, les réflexes tendineux sont le plus souvent exaltés, et la paralysie revêt tous les caractères de la paralysie spasmodique : parmi ces caractères, les plus importants sont l'exagération des réflexes tendineux et la trépidation épileptoïde par le redressement de la pointe du pied.

Il ne nous appartient pas de faire ici une étude détaillée des

réflexes tendineux sur lesquels Westphall a le premier attiré l'attention au point de vue de la valeur séméiologique qu'ils peuvent acquérir dans les maladies du système nerveux. Le phénomène de la trépidation provoquée, qui est de même ordre, avait été bien auparavant signalé à l'attention des cliniciens par MM. Charcot et Vulpian. Ces deux signes ont une même signification, mais sont d'une inégale valeur. Fréquemment, tous deux s'observent à la fois sur un même membre placé dans des conditions pathologiques spéciales, mais l'exagération du réflexe rotulien apparaît habituellement à une époque moins avancée de la maladie et alors que la trépidation du membre ne peut pas encore être provoquée. D'un autre côté, le phénomène du genou existe à un certain degré à l'état normal, c'est un fait d'ordre physiologique, et son exagération seule ou sa disparition complète relèvent d'un état pathologique. Il est donc d'une appréciation plus délicate, d'une constatation plus difficile que le phénomène de la trépidation provoquée, qui est toujours pathologique. Il en résulte que, si le premier l'emporte en valeur pronostique sur le second par son apparition précoce, il ne l'égale point en certitude diagnostique, puisque ce dernier ne s'observe jamais à l'état sain. Le caractère spasmodique de la paralysie hystérique peut être plus ou moins accusé depuis la simple exaltation des réflexes tendineux jusqu'à la trépidation épileptoïde la plus prononcée. C'est ainsi que, par degrés insensibles, la paralysie peut se transformer en contracture, et il nous a été donné d'observer dans l'hystérie des cas de paraplégie spasmodique revêtant peu à peu tous les caractères de la contracture permanente des extrémités inférieures et présentant avec le tabès dorsal spasmodique dû à une lésion organique les analogies les plus complètes. C'est là une circonstance qui peut rendre le diagnostic fort embarrassant et d'une importance d'autant plus grande que le pronostic diffère complètement dans les deux cas.

L'abolition complète des réflexes tendineux est beaucoup plus rare que leur exaltation. Cependant le fait s'observe. Il en existe plusieurs exemples.

L'observation I si remarquable déjà à d'autres points de vue est le seul cas de ce genre que nous ayons eu sous les yeux. La paralysie temporaire s'accompagnait de la perte des réflexes tendineux qui

persistaient néanmoins dans les membres non paralysés où ils se montraient parfois exagérés. J'ajouterai qu'un fait rare, que nous observions en même temps chez la même malade, c'était la perte absolue des mouvements dans le membre atteint. Un degré aussi intense dans la paralysie ne se voit pas d'ordinaire dans l'hystérie.

Lorsque la paralysie hystérique s'accompagne de la perte des réflexes tendineux, il n'y a guère à craindre de la voir se transformer en contracture. Mais la paralysie flaccide peut se modifier par le retour des réflexes. C'est ce que nous avons pu constater chez notre malade dont la disparition de la paralysie erratique s'est accompagnée du retour des réflexes tendineux et en même temps de cet état spécial désigné sous le nom de diathèse partielle de contracture.

Dans un autre cas, nous avons vu une paralysie avec flaccidité absolue guérir peu à peu, et la guérison s'accompagner de la réapparition des réflexes tendineux qui faisaient complètement défaut.

G. — *Variations d'intensité.*

C'est là un des caractères les plus sûrs de la paralysie hystérique, en opposition avec ce qui se passe dans les paralysies organiques.

D'un jour à l'autre ou même dans un espace de temps plus court, il n'est pas rare de voir l'état des forces d'un membre paralytique se modifier. Les mouvements reprennent un peu plus d'étendue pour disparaître complètement un peu plus tard ; puis retour partiel de la motilité et nouvel affaiblissement. C'est une suite d'oscillations plus ou moins lentes et dont les degrés extrêmes varient. Ces changements se produisent fréquemment sous l'influence des émotions, mais souvent aussi en dehors de toute cause appréciable.

H. — *Marche.*

A côté des cas dans lesquels la paralysie hystérique une fois établie dans une partie du corps résiste à tous les modes de traitement, et persiste parfois si longtemps qu'elle fait le désespoir du malade et du médecin, il en est d'autres où la paralysie offre une mobilité vraiment caractéristique.

Ou bien la paralysie d'une partie du corps disparaît pour revenir peu après dans la même région, et cela plusieurs fois de suite — cette forme mériterait le nom de paralysie à répétition ; — ou bien la paralysie quitte une région pour envahir un autre point du corps, et se promène ainsi par tout l'organisme. C'est ce qu'on pourrait appeler la paralysie erratique. L'observation I en est un exemple. Les cas de cette espèce sont nombreux, et Briquet les a parfaitement signalés. « Chez quelques sujets, dit-il, la paralysie passe d'un côté du corps à l'autre... On a vu, chez certaines malades, la perte du mouvement affecter successivement un bras, une jambe, les muscles du larynx, le diaphragme, etc. »

I. — *Durée. — Mode de terminaison.*

La durée de la paralysie hystérique ne saurait être aucunement précisée. Elle se prolonge quelques instants, quelques heures, des jours, et jusque pendant des années. Les récidives sont fréquentes.

La terminaison se fait de diverses manières :

1° *Par la transformation en contracture.* — La paralysie est souvent un terrain favorable pour le développement de la contracture, ainsi que nous le démontrerons plus loin. Et de même que cela se rencontre dans les cas d'hémiplégie organique, il n'est pas rare de voir la contracture envahir les membres atteints de paralysie hystérique. Mais le mode d'invasion de la contrac-

ture se présente sous deux formes différentes. Le plus souvent, il est brusque, contrairement à ce qui se passe pour les hémiplégies organiques. Tout d'un coup, à la suite d'un traumatisme, d'une impression morale, ou même sans cause appréciable, le membre paralysé devient contracturé. Mais la contracture peut aussi s'établir par degrés et n'envahir que progressivement les membres paralysés. Ce second mode de début de la contracture est le plus rare, mais il offre les plus grandes analogies avec les cas de paralysies organiques avec contractures tardives.

2° *Par la guérison.* — Cette terminaison de la paralysie hystérique, qu'elle se transforme en contracture ou non, est en quelque sorte la terminaison naturelle. Mais la guérison survient sans préjudice de la durée, qui peut être fort longue. On voit au bout d'une dizaine d'années, et plus, les paralysies hystériques guérir aussi bien qu'après quelques instants de durée.

Le retour des mouvements volontaires est brusque ou graduel. La guérison brusque de la paralysie, sous l'influence d'une émotion morale, a pu dans bien des circonstances en imposer aux gens crédules et faire crier au miracle, car l'émotion morale curative a souvent sa source dans des idées religieuses.

Une malade observée par M. Rousseau [1] était hémiplégique depuis plus d'un an, lorsque, fatiguée d'un traitement inutile, elle demanda à assister à une messe que l'on devait dire à son intention dans une chapelle célèbre par de nombreuses guérisons. Portée à la chapelle où elle était convaincue qu'elle retrouverait la santé, la malade y entendit la messe, y communia toujours aussi complètement paralysée, puis, au dernier évangile, au moment de la génuflexion de l'officiant, repoussant deux de ses parents qui la soutenaient, elle se rendit à la sacristie d'un pas ferme et délibéré au milieu de la stupéfaction générale. Dix ans après, la guérison ne s'était pas démentie.

Des exemples de ce genre seraient faciles à multiplier, et j'aurai occasion d'en signaler plusieurs autres au sujet de la contracture hystérique.

Toute impression ou émotion morale vive, quelle qu'en soit la nature, peut conduire au même résultat. Une vive frayeur, l'ins-

[1] *Journal de méd. et de chirurg. pratiques*, 1872, p. 400.

tinct de la conservation sont parfois en cause. Tel est le cas de cette femme du service de M. Lasègue qui, après un long traitement inefficace, se leva et courut dans la salle au moment de l'explosion d'un obus, à quelques mètres de son lit, pendant le bombardement de Paris par les Prussiens.

Quelquefois l'impression causée par la seule vue du médecin a pu produire des effets qui paraissaient tenir du prodige. Nous devons à M. le professeur Charcot la relation d'un fait bien curieux à cet égard. Il s'agissait d'une jeune fille devenue subitement paraplégique sans cause connue. M. Charcot est appelé près d'elle quatre à cinq jours après, et en sa présence la jeune paraplégique, soutenue par deux religieuses, essayait en vain de faire un pas, lorsque tout d'un coup elle fit le signe de la croix, repoussa les deux religieuses qui la soutenaient, et se mit à courir vers la supérieure, en lui criant : « Je suis guérie ! » Elle serra celle-ci dans ses bras, rit, pleura pendant quelques heures et se calma enfin. Elle était bien guérie. L'enfant, depuis quelques jours, s'attendait à la visite de M. Charcot et elle avait déclaré que, si ce dernier venait la visiter, elle serait probablement guérie.

La guérison progressive de la paralysie hystérique s'opère dans un espace de temps plus ou moins long. Ainsi la jeune fille de douze ans qui fait l'objet d'une observation que nous a communiquée M. Charcot et qui était paraplégique a été guérie en deux jours. Un matin, sans cause appréciable, elle se sent plus de forces dans les jambes, et, quoique ne pouvant encore marcher, elle est moins pesante sur les bras qui la soutiennent. Le lendemain, elle pouvait marcher en s'appuyant seulement au bras de sa mère, et le soir de ce même jour elle quittait cet appui pour marcher tout à fait seule.

La paraplégie d'une autre malade (Obs. Charcot) mit beaucoup plus de temps à guérir, et les progrès dans l'amélioration des forces furent graduels et s'opérèrent d'une façon presque insensible. Cinq mois après l'époque où elle avait commencé à se servir de ses jambes, elle marchait encore en frottant des pieds, et ce n'est que quelques mois plus tard que la guérison était définitive. Cette cure doit être attribuée à l'usage de l'hydrothérapie.

C'est à la faradisation des membres paralysés qu'il convient de rapporter la guérison de la malade de l'observation I. Le retour

des forces s'opérait progressivement avec un mieux très manifeste à la suite des séances d'électrisation. Chez cette malade, une seule séance suffisait pour avoir raison de la paralysie partielle des muscles du cou.

3° La *terminaison fatale* ne saurait être la conséquence de la paralysie hystérique, quelles que soient sa durée et son étendue. Les quelques observations rapportées à ce propos par les auteurs ne sont pas absolument probantes. Il faut faire la part des complications et des erreurs de diagnostic. Jusqu'à plus ample informé, nous ne croyons pas que la mort puisse être une terminaison immédiate de la paralysie hystérique. Nous devons faire à ce sujet quelques réserves à propos des paralysies viscérales dont la gravité résulte non pas de la nature du trouble moteur, mais de son siège et qui varie avec l'importance du viscère dont le fonctionnement régulier est troublé.

III. — Paralysie par suppression des mouvements coordonnés. — Astasie. — Abasie.

Cette forme de la paralysie hystérique diffère de la précédente en ce que les mouvements volontaires ne sont pas abolis. Ils peuvent être affaiblis, d'autres fois ils conservent toute leur énergie. Le malade, lorsqu'il est au lit, peut faire mouvoir les membres dans tous les sens et même avec force, mais il est incapable de marcher une fois debout. Il a perdu la faculté de coordonner les mouvements des jambes de façon à exécuter les différents temps de la marche. *La mémoire organique de la marche est perdue*. Il peut même arriver que la simple station debout soit également impossible.

Les premiers faits de ce genre signalés dans la science ont servi de base à une étude publiée par M. Charcot et par moi, en 1883, dans le premier numéro du journal la *Medicina contemporanea*. Depuis des faits semblables ont été signalés par Erlenmayer, Roméi, Blocq, Pitres, Grasset, etc. — M. Blocq dans une étude d'ensemble[1] a, le premier, employé, pour les désigner, les donominations très claires d'astasie et d'abasie.

[1] *Archives de Neurologie*, n°ˢ 43 à 44, 1888.

Le début en est d'ordinaire brusque. Après s'être couché bien valide, le malade, au réveil, est tout surpris de ne pouvoir marcher et même se tenir debout. Il est confixé au lit. Une vive émotion en est souvent la cause. Dans un des premiers cas observés, le petit malade avait été pris de la paralysie à la suite de l'impression que lui avait produite en une circonstance solennelle le récit d'un morceau de poésie.

Cette sorte de paralysie se rencontre souvent dans l'enfance, chez les jeunes garçons comme chez les jeunes filles, et peut être considérée comme une des formes de l'hystérie infantile.

On en a cependant cité des exemples chez des sujets de vingt à vingt-cinq ans et même de quarante et un (Obs. Charcot) et de cinquante-deux ans (Obs. Blocq).

Dans tous les cas observés, le siège de cette variété de paralysie est aux membres inférieurs, mais rien ne s'oppose à ce qu'elle atteigne également les membres supérieurs et les prive d'une fonction spéciale, comme d'écrire, de jouer d'un instrument, etc... Certains cas d'aphasie hystérique peuvent également être rangés dans la même catégorie.

Cette forme de paralysie, lorsqu'elle atteint les membres inférieurs, a dû souvent être méconnue et confondue avec la paralysie vulgaire. Il faut se livrer à un examen attentif pour constater la persistance des mouvements volontaires et la conservation de la force musculaire. En effet, le jeune malade qui ne peut plus marcher est confixé au lit, et, la marche étant rendue impossible, l'impuissance motrice paraît complète : le malade lui-même ne songe point à essayer des forces désormais inutiles. L'examen du médecin même est parfois rendu difficile par l'existence de mouvements involontaires dans les membres inférieurs. Ainsi, le membre étendu, au moment où l'observateur essaie de le fléchir en priant le malade de résister, se fléchit involontairement tout d'un coup. Ces mouvements involontaires qui se produisent à l'occasion des mouvements volontaires, constituent une véritable ataxie motrice qui peut acquérir une plus grande importance.

Mais il y a lieu de distinguer, au point de vue clinique, plusieurs formes. Le plus souvent l'astasie et l'abasie coexistent. Mais l'abasie peut exister seule sans astasie. Je ne crois pas qu'il existe de faits inverses, l'astasie sans abasie, c'est-à-dire le

malade exécutant normalement les mouvements de la marche, pendant qu'il lui serait impossible de se tenir debout.

M. Charcot a décrit les variétés suivantes :

1° *Astasie ou abasie paralytique, ou parétique.* — Le malade, qui, couché, exécute avec les membres inférieurs tous les mouvements de l'état normal, se trouve, lorsqu'il veut quitter le lit, dans l'impossibilité absolue de se tenir debout, ne fût-ce qu'un instant, et s'affaisse aussitôt sur lui-même ; si, soutenu par des aides, il peut encore se maintenir debout, il lui sera impossible, lorsqu'il s'agira de marcher, de faire mouvoir les membres qui resteront inertes, les pieds balayant le sol.



Fig. 2. — Astasie. — Abasie (d'après un croquis de M. Charcot).

Il arrive ainsi que dans ces tentatives la marche est empêchée par des mouvements contradictoires pendant lesquels les membres s'embarrassent et s'entrecroisent comme cela se voit chez certains ataxiques (fig. 2).

2° *Astasie ou abasie ataxique* (avec incoordination des mouvements). — Cette variété se subdivise. Elle est *choréiforme*, lorsque la station debout et la marche sont interrompues et empêchées par de grands mouvements de flexion des jambes et de tout le corps d'apparence choréique. Elle est *trépidante*, lorsque les mêmes actes physiologiques sont empêchés par des mouvements d'exécution contradictoire qui raidissent les membres inférieurs et consistent en une sorte de piétinement ou de trépidation.

On comprend que ces variétés pourraient aisément être multipliées, suivant la nature des mouvements qui entravent la station et la marche. Ainsi Pitres[1] parle d'une forme sautillante.

J'ai eu l'occasion d'observer une jeune malade qui pouvait parfaitement se tenir debout, mais dont la progression était empêchée par une raideur généralisée du membre inférieur

[1] *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, par A. Pitres. Paris, 1891.

gauche aussitôt qu'elle voulait marcher. A peine assise ou couchée, le membre reprenait sa souplesse et son agilité. Elle exécutait tous les mouvements avec la plus grande facilité. J'ajouterai que, bien que ne pouvant pas détacher le pied gauche du sol pour la marche, elle pouvait parfaitement fléchir la jambe lorsqu'il s'agissait de monter son escalier, acte qu'elle accomplissait avec la plus grande aisance. Cette forme d'abasie pourrait s'appeler *abasie par rigidité.*

Cette variété de paralysie hystérique ne s'accompagne d'aucune modification dans l'apparence extérieure des membres. Les muscles conservent leur volume. Les réflexes tendineux ne sont point exaltés. Aucun caractère spasmodique : pas de tendance à la contracture. Enfin, la sensibilité est souvent intacte : quelquefois un peu d'anesthésie. La durée en est fort variable comme celle de la paralysie hystérique en général. La terminaison est brusque ou graduelle.

La guérison survient tout d'un coup sous l'influence d'une impression morale ou sans cause appréciable.

Lorsque le retour est graduel, la guérison définitive est quelquefois précédée d'une phase pendant laquelle la progression se fait d'une manière irrégulière. Ainsi, chez un jeune malade, l'amélioration à la suite du traitement hydrothérapique se fit de la façon suivante : il quitta le lit, put se lever, et pendant une quinzaine de jours il progressait en sautant d'un pied sur l'autre : la marche régulière était à ce moment impossible et ne revint qu'ensuite.

Enfin, ce genre de paralysie qui, d'ordinaire, se termine par la guérison, peut conduire à la paralysie plus complète que nous avons déjà étudiée : les caractères changent peu à peu ; les mouvements perdent de leur force, les réflexes tendineux augmentent d'intensité, et les caractères spasmodiques apparaissent. Alors la forme vulgaire de la paralysie hystérique est constituée. La contracture peut y succéder. C'est ainsi qu'un jeune sujet atteint de paralysie pour la coordination des mouvements volontaires peut voir dans la suite l'hystérie s'affirmer par d'autres symptômes, et la paralysie changer de caractère. M. Charcot a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre. Il m'a cité entre autres l'histoire d'une jeune malade qui commença par être

prise de phénomènes très marqués d'incoordination motrice des membres inférieurs, au point qu'elle ne pouvait marcher ni se tenir debout. Plus tard, l'incoordination cessa, mais fit place à une paralysie véritable s'accompagnant d'exaltation des réflexes tendineux.

ARTICLE II

DIATHÈSE DE CONTRACTURE

Je consacre un chapitre spécial à la description d'un désordre neuro-musculaire qui n'est ni la paralysie ni la contracture, et qui cependant tient de l'une et de l'autre. Il ne se traduit, dans l'état ordinaire, par aucun signe objectif ; le malade qui en est atteint conserve toute la liberté de ses mouvements, et les manifestations qui lui sont propres demandent à être provoquées soit intentionnellement par le médecin lui-même, à l'aide de manœuvres spéciales, soit accidentellement par un événement fortuit. Nous le désignerons, à la suite de M. le professeur Charcot, sous le nom de *Diathèse de contracture* [1]. Cet état spécial du système neuro-musculaire tient de la paralysie en ce qu'il coïncide le plus souvent avec un affaiblissement marqué de la moti-

[1] M. Charcot, dans ses conférences cliniques (1878), a le premier employé la dénomination de diathèse de contracture pour désigner l'état nerveux dont il s'agit et dont à plusieurs reprises il a fait ressortir toute l'importance.

Les principaux travaux publiés sur la question sont les suivants :

BRISSAUD et CH. RICHET. *Faits pour servir à l'histoire de la contracture, in : Prog. méd.*, 1880.

BALLET et DELANEF. *De l'état d'opportunité de contracture, in : Gaz. méd. de Paris*, 29 juillet 1882.

BRUNET. *Étude clinique et physiologique de l'état d'opportunité de contracture.* Th., Paris, 1883.

CHARCOT et RICHER. *Diathèse de contracture chez les hystériques.* Société de Biologie et Prog. méd. déc. 1883.

PIERRE DESCOMBES. *Études sur les contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille.* Th., Bordeaux, 1885.

P. BERBEZ. *Sur la diathèse de contracture. Prog. méd.*, 1886, p. 835.

PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie.*, 1891, t. Ier, p. 377.

lité ; il tient de la contracture en ce qu'il la renferme en puissance pour ainsi dire et qu'il suffit de l'excitation, souvent la plus légère, pour la faire apparaître. J'ajouterai qu'elle disparaît de même.

La diathèse de contracture existe en dehors de l'hystérie. Elle a été désignée, par quelques auteurs, sous le nom d'état d'opportunité de contracture. C'est elle que M. Brissaud a décrite chez les hémiplégiques d'origine organique sous le nom de contracture latente.

Ce qui suit s'applique particulièrement à la diathèse de contracture de nature hystérique.

Les principaux caractères sont les suivants :

1° *Exaltation des réflexes tendineux.* — C'est là un signe constant. Je n'ai jamais vu la diathèse de contracture coïncider avec la perte des réflexes tendineux. Mais le degré de l'exaltation peut être très variable. D'un autre côté, l'exaltation des réflexes tendineux ne comporte pas nécessairement l'état de diathèse de contracture.

2° *Trépidation épileptoïde* (*phénomène du pied*). — Ce phénomène existe, mais il est rare dans la diathèse de contracture hystérique. Il acquiert une importance beaucoup plus considérable dans l'état de contracture latente des hémiplégiques organiques. Dans l'hystérie, il est souvent remplacé par cet autre phénomène décrit par Westphall, sous le nom de contraction paradoxale.

3° *Action de l'électricité.* — Les muscles ont conservé leur excitabilité électrique, mais on observe dans leur façon de répondre à l'excitant électrique des modifications intéressantes. Nous avons fait à ce sujet de nombreuses expériences dont je me contenterai d'indiquer ici les résultats.

A. — *Propagation de l'excitation électrique* (*interruptions rapides*). *Addition des secousses produites par des interruptions lentes.*

a) Lorsque les interruptions sont rapides, les muscles électrisés se tétanisent, comme il arrive chez les sujets sains, mais chez l'hystérique on observe parfois que la contraction musculaire ne reste pas localisée aux muscles directement excités. Ainsi, si

l'excitation faradique est portée sur les fléchisseurs des doigts, la main se ferme presque aussitôt. Mais l'action ne se borne pas là; bientôt, sans aucune modification apportée dans l'excitation, on voit le poignet, puis l'avant-bras se fléchir. D'ailleurs, il ne s'agit pas là de contracture permanente, car toute action musculaire disparaît aussitôt que cesse l'excitation.

b) Si les interruptions sont lentes (trois par secondes), elles donnent lieu à des secousses musculaires qui, d'abord nettement distinctes, empiètent bientôt l'une sur l'autre et ne tardent pas à se confondre dans un même état de contraction tonique analogue à la tétanisation produite d'emblée par la faradisation à interruptions rapides.

B. — *Déformation de la secousse musculaire.*

a) Les expériences d'inscription graphique de la secousse musculaire montrent que, chez les sujets prédisposés à la contracture, on observe souvent une déformation de la descente de la courbe

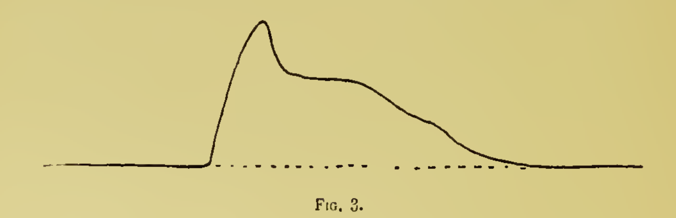


Fig. 3.

musculaire caractérisée dans son ensemble par un allongement de cette descente. Dans une première partie, la descente est brusque comme dans la contraction normale, puis s'arrête tout d'un coup pour faire place à un plateau plus ou moins accidenté, plus ou moins long et terminé bientôt par un retour à la normale. Après cette secousse, le muscle est ce qu'il était auparavant. Il ne reste pas raccourci (fig. 3).

b) Quelquefois une seule secousse faradique suffit pour produire la contracture permanente. Dans ce cas, la descente de la

courbe reste incomplète, et le muscle demeure raccourci. Il est en état de contracture (fig. 4).

c) Mais le plus souvent, il est indispensable de répéter un certain nombre de fois les chocs faradiques pour voir la contracture permanente se développer progressivement. La contracture ne commence à se produire qu'après quelques excitations, puis

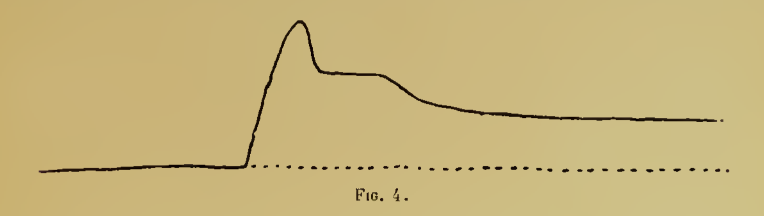


Fig. 4.

chaque nouvelle excitation en augmente le degré ainsi que le représente le schéma (fig. 5). Dans cette circonstance, la contracture ne se limite pas au muscle directement excité ; elle envahit tout ce membre par l'extrémité duquel elle débute d'ordinaire.

4° *Contractures provoquées.* — La contracture peut être provoquée par les procédés les plus variés, parmi lesquels je citerai :

a) Le massage musculaire profond, auquel il faut ajouter la constriction opérée sur le membre par un lien élastique, procédé qui est d'une grande efficacité ;

b) Le choc répété sur les tendons ;

c) Le tiraillement des membres ; leur flexion brusque [1] ;

d) Le froissement des nerfs ;

e) L'application d'un diapason vibrant ;

f) La faradisation des muscles ou des nerfs ;

g) L'aimantation ;

h) L'excitation superficielle de la peau consistant en un simple frôlement, ou produite par un souffle ou un courant d'air léger ;

i) La suggestion à l'état de veille.

Tous ces procédés, dont on pourrait augmenter la liste, n'ont pas la même valeur. Ils agissent parfois à l'exclusion les uns des autres.

[1] M. Descubes décrit ces procédés sous la dénomination d'excitations ostéo-fibreuses, en y ajoutant la pression et la percussion directe des os. (*Études sur les contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille.* Th. doct., Bordeaux, 1885).

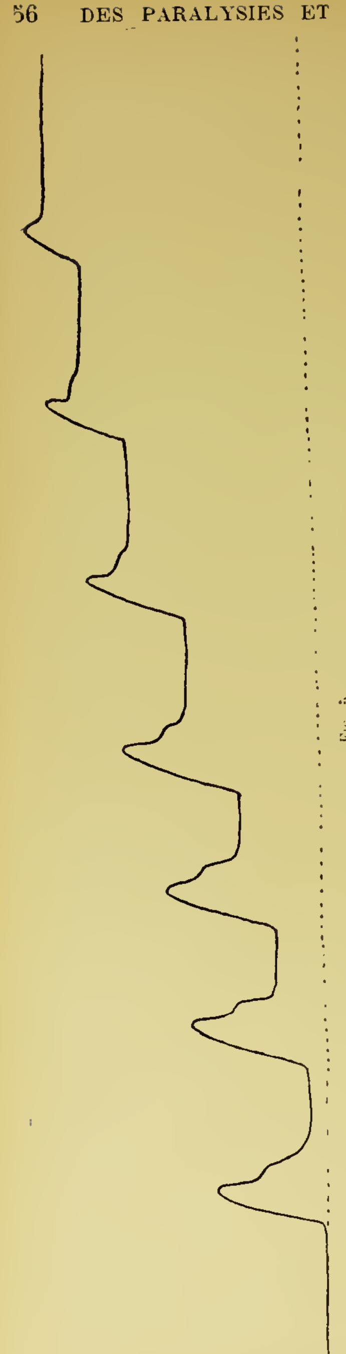


Fig. 5.

Il est même fort rare de les trouver tous également efficaces chez un même sujet. Du moins, c'est un fait que nous n'avons pas encore observé jusqu'ici.

En analysant le mode d'action de ces différents procédés, on constate que, en laissant de côté ceux dont l'action est complexe, tels que la faradisation, l'aimantation, la vibration du diapason, les autres peuvent être classés en deux catégories suivant que l'excitation porte sur les parties profondes, muscles, tendons, os, nerfs, ou bien qu'elle est exclusivement cutanée. Il nous a semblé légitime de rapprocher ces phénomènes neuro-musculaires de ce qui se passe, au même point de vue, dans les diverses périodes de l'hypnose, la contracture survenant à la suite des seules excitations profondes dans la léthargie, et à la suite des seules excitations superficielles dans le somnambulisme, d'où les dénominations que nous avons proposées, M. Charcot et moi, pour distinguer les deux variétés de la diathèse de contracture. La variété de diathèse de contracture, dans laquelle les procédés de la première catégorie seraient seuls efficaces, pourrait s'appeler *variété léthargique*, pendant que l'autre prendrait le nom de *variété somnambulique*.

La variété la plus fréquente est la variété léthargique. Le mélange des deux n'est pas rare.

La contracture une fois produite revêt tous les caractères de la contracture hystérique spontanée, elle ne diffère point avec la nature des manœuvres qui lui ont donné naissance. Quel que soit le procédé, massage musculaire profond ou excitation cutanée superficielle, le résultat est le même. Il ne diffère qu'avec le degré de développement de la diathèse de contracture elle-même. C'est ainsi que, dans les cas légers ou rudimentaires, la contracture est peu intense, elle cesse bientôt d'elle-même. D'autres fois, on ne parvient qu'à provoquer un état de raideur permettant un certain déplacement des parties comme dans l'état cataleptoïde ou fausse catalepsie. Mais, lorsque la diathèse de contracture existe bien accentuée, les contractures provoquées sont fort tenaces, très intenses et ne permettent aucun déplacement des différents segments du membre intéressé. Le mode de réaction des muscles à l'excitant diffère suivant les cas. C'est ainsi que parfois la contracture ne se localise pas à la région directement excitée, elle envahit le voisinage et gagne tout un membre par exemple, alors que l'excitation n'a porté que sur un point.

Par contre, on observe d'autres fois une localisation remarquable de la contracture aux muscles directement excités, comme cela se voit dans la léthargie hypnotique.

Nous avons vu, dans certains cas, l'excitation mécanique portée sur un groupe musculaire retentir avec plus d'intensité sur le groupe antagoniste. En excitant les fléchisseurs par exemple, on voyait la main se contracturer en extension. Nous avons rapporté, M. Charcot et moi, des faits semblables à propos du phénomène désigné par Westphal sous le nom de contraction paradoxale [1].

Enfin sur des sujets récemment délivrés d'une contracture spontanée et étant encore en état de diathèse de contracture, nous avons observé d'une façon constante que les excitations portées sur le membre guéri, quels que soit leur siège et leur nature, avaient pour effet d'immobiliser les parties dans l'attitude exacte de l'ancienne contracture. On ne saurait trouver une plus élégante démonstration de la nature réflexe de tous ces phénomènes.

Cette contracture, de même que celle provoquée pendant l'état

[1] *Sur un phénomène musculaire observé chez les hystériques, et analogue à la contraction paradoxale*, Brain. 1886, t. VIII, p. 289, — et *Œuvres complètes* de M. Charcot, t. XI, p. 453.

hypnotique, est susceptible parfois, mais non toujours, d'être transférée par l'action de l'aimant. Nous avons observé plusieurs fois qu'une contracture ainsi provoquée dans un membre, à la main par exemple, pouvait cesser sous l'influence d'une nouvelle contracture produite du côté opposé à l'autre main, à la condition toutefois qu'elle intéressât exactement le même domaine musculaire.

La contracture produite par un procédé peut céder sous l'influence d'autres procédés. C'est ainsi que, quelle que soit la manœuvre qui l'ait provoquée, la friction et le massage en ont souvent raison. Mais il n'est pas rare de voir une contracture ne pouvoir être résolue que par un procédé de même ordre que celui qui l'a produite. Par exemple, une contracture par massage musculaire ne sera réduite que par le massage des muscles antagonistes ; une contracture par souffle sur la peau ne sera réduite que par le souffle appliqué de nouveau sur la face opposée du membre ; la contracture par suggestion ne cèdera que sous l'influence d'une suggestion contraire.

L'état hypnotique qui nous offre au plus haut degré cette prédisposition à la contracture dans deux de ses phases, la phase léthargique et la phase somnambulique, nous a présenté, dans certains cas types, plusieurs exemples de cette sorte de spécificité du procédé employé pour détruire la contracture provoquée. J'en rapporterai ici un exemple bien frappant.

10 avril 1883 [1]. — Bar... n'est plus anesthésique, elle est hypnotisée par les procédés ordinaires. Pendant la période cataleptique, son attention est attirée sur sa main droite pendant qu'on lui suggère, en l'affirmant à haute voix, que ses doigts se ferment et que sa main se contracture. En même temps que cette affirmation impressionne le sujet, on voit les doigts de la main indiquée se fléchir peu à peu en quelques instants, le poing est complètement et énergiquement fermé.

Le souffle sur le visage réveille instantanément la malade. La main droite garde l'attitude qu'on vient de lui faire prendre par voie de suggestion pendant l'état cataleptique, et l'on peut constater qu'il s'agit là

[1] Il n'est pas inutile d'ajouter que ces expériences rapportées ici sont les premières de ce genre qui ont été faites sur cette malade. Elles comportent une précision bien difficile à expliquer pour ceux qui veulent mettre tous les phénomènes hypnotiques sur le compte de la suggestion.

d'une véritable contracture qui immobilise tous les doigts dans la flexion forcée et les y maintient avec une énergie que rien ne peut vaincre. La sensibilité n'est aucunement modifiée ; elle existe au même degré qu'avant l'expérience, et la malade se plaint de souffrir de la pression des doigts et des ongles dans la paume de la main. Elle y ressent une sensation de chaleur anormale. Toutes les tentatives qui ont pour but de modifier l'attitude de la main sont très douloureuses. Le poignet, le coude et l'épaule ne sont le siège d'aucune raideur. Ces articulations se laissent facilement mouvoir dans les différents sens, mais le bras tout entier n'en est pas moins impotent, et la malade elle-même ne peut le soulever. Un aimant est appliqué les pôles en regard de la main gauche. Au bout d'un quart d'heure, il ne s'est produit aucune modification dans la motilité et dans la sensibilité des parties. La contracture persiste toujours dans les mêmes conditions. L'aimant est retiré.

La malade est endormie de nouveau. La contracture persiste toujours. Pendant l'état léthargique l'excitation mécanique des muscles extenseurs des doigts n'arrive pas à modifier l'attitude de la main. En excitant tour à tour les muscles de la face antérieure ou postérieure de l'avant-bras, on voit le poignet se fléchir ou s'étendre, mais les doigts restent toujours fermés de la même façon, et les nouvelles contractures provoquées en vertu de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire spéciale de l'état léthargique sont sans influence sur la contracture existante, et produite par impression psychique pendant l'état cataleptique.

La malade est plongée alors dans l'état somnambulique par la friction sur le sommet de la tête. Dans cet état, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire léthargique a disparu, mais les excitations cutanées légères produisent la contracture qui peut être détruite par des excitations de même nature. Les nouveaux procédés pour provoquer ou détruire la contracture demeurent sans efficacité contre la contracture du poing fermé de notre sujet.

Enfin le sujet est mis de nouveau en état de catalepsie. On attire alors son regard sur sa main fermée, et on affirme que les doigts s'ouvrent et que la contracture disparaît. En même temps on voit les doigts s'étendre peu à peu, la main s'ouvrir et la contracture cesser complètement. La malade est réveillée, il n'y a plus trace de contracture : les ongles ont marqué fortement leur empreinte dans la paume de la main que la malade dit être douloureuse.

Pendant l'état léthargique, la contracture de la main en flexion est produite par l'excitation mécanique des muscles fléchisseurs. La malade est ensuite plongée dans l'état cataleptique. La suggestion est impuissante à résoudre cette contracture. Le regard du sujet a beau être attiré

sur sa main fermée, on a beau suggérer que la main s'ouvre, la contracture ne bouge pas.

La malade est réveillée, et la contracture persiste. L'application de l'aimant près de la main non contracturée produit très rapidement le transfert de la contracture. Ensuite la contracture est détruite par le retour à l'état léthargique et l'excitation des antagonistes.

Pendant la phase somnambulique la contracture de la main en flexion est obtenue par des passes. Au réveil la contracture persiste. Essai infructueux de transfert par l'aimant qui reste appliqué un quart d'heure. On hypnotise à nouveau le sujet. Pendant l'état léthargique, l'excitabilité mécanique des muscles ne détruit pas la contracture. Le poignet comme précédemment se fléchit ou s'étend, mais le poing reste toujours fermé. La malade est alors mise en état de catalepsie : le regard est attiré sur la main, et la suggestion vient à bout de cette contracture obtenue par les passes pendant l'état somnambulique. On dit à la malade que sa main s'ouvre, et en même temps les doigts se fléchissent, la contracture disparaît.

Je sais que ces cas aussi nets et aussi tranchés sont rares. Ils n'en sont pas moins intéressants, ils éclairent les autres.

Pendant la veille, lorsque la diathèse de contracture existe, des phénomènes analogues à ceux que je viens de citer se rencontrent. On ne saurait certainement en déduire des lois, en vertu desquelles toute contracture provoquée ne saurait être détruite que par le procédé qui lui a donné naissance. Les exceptions seraient vraiment trop nombreuses, mais ils n'en méritent pas moins de retenir l'attention parce qu'ils peuvent servir de guide à la thérapeutique et rendre compte, pour une part toutefois, de la résistance qu'opposent les contractures spontanées aux différents procédés qu'on leur oppose.

La diathèse de contracture n'existe pas dans tous les cas d'hystérie, tant s'en faut. En comprenant les cas où elle existe à l'état le plus rudimentaire révélé par la ligature élastique, M. Berbez a trouvé la proportion suivante. Sur soixante-dix sujets, dont vingt-sept hommes et quarante-trois femmes, la contracture s'est manifestée sur dix-neuf hommes et sur trente-trois femmes, soit sur cinquante-deux sujets.

Alors que nous ne connaissions pas ce procédé, le massage musculaire nous avait semblé le procédé le plus efficace. Dans

un cas où nous avons vu en quelque sorte la diathèse de contracture se développer sous nos yeux, parès la contracture par massage musculaire est survenue la contracture par froissement des nerfs, et ce n'est qu'ensuite que la contracture a suivi le choc répété des tendons.

La diathèse de contracture est générale ou partielle. Elle existe à un égal degré sur tous les muscles du corps ou bien sur les muscles d'un membre seulement. Souvent elle frappe un seul côté du corps et accompagne l'anesthésie cutanée avec laquelle elle présente des relations plus ou moins étendues. Les parties anesthésiées sont seules parfois en état de diathèse de contracture. D'autres fois, il est vrai, la diathèse de contracture existe sans anesthésie, ou en dépasse les limites. Ainsi, chez une de nos malades hémi-anesthésiques, la diathèse de contracture était générale, et on observa les coïncidences suivantes : lorsque l'hémi-anesthésie disparut, la diathèse de contracture de générale devint hémiplégique et se localisa au côté anciennement anesthésique. Puis, plus tard, lorsque la malade redevint hémi-anesthésique, la diathèse de contracture envahit de nouveau les deux côtés du corps.

J'ai déjà fait ressortir les connexions qui relient la diathèse de contracture à l'amyosthénie. L'affaiblissement musculaire peut être plus considérable et atteindre presque à la paralysie. Duchenne, de Boulogne, parle d'un état de parésie hystérique s'accompagnant de contracture temporaire provoquée par une émotion, une excitation quelconque, d'une manière réflexe, et qui se rapporte évidemment à l'état de diathèse de contracture.

Il cite l'observation d'une malade dont le membre supérieur droit considérablement affaibli, pouvait parfaitement remplir ses fonctions pour certains usages manuels légers, le travail à la couture, par exemple. Mais lui fallait-il faire un effort pour lever un fardeau, tous les muscles fléchisseurs des doigts, du poignet, de l'avant-bras sur le bras se contracturaient avec une force extrême, d'une façon continue, pendant plusieurs heures. Chez elle, il existait depuis plus d'une année une contracture des muscles extenseurs du pied sur la jambe.

La diathèse de contracture, lorsqu'elle est générale, est rarement également développée sur tout le corps. Il arrive souvent

qu'elle est plus accusée d'un côté du corps que de l'autre, et il peut exister aussi des différences entre les membres supérieurs et les inférieurs.

Dans les cas où les variétés de diathèse de contracture coexistent, il peut arriver qu'elles ne soient pas uniformément répandues sur tout l'individu. Ainsi, chez une malade hystérique du service de M. Charcot, nous avons observé ce qui suit : sur tout le côté droit qui était anesthésique profondément, avec perte du sens du tact et du sens musculaire, la contracture pouvait être provoquée par tous les procédés en usage, aussi bien le massage musculaire, le choc du tendon, que le souffle et l'excitation très légère de la peau ; les deux variétés léthargique et somnambulique coexistaient, tandis que du côté gauche, qui avait conservé sa sensibilité normale, la contracture, variété léthargique, pouvait seule être provoquée, le souffle et le frôlement cutané restaient sans résultat. D'où l'expérience suivante, bien faite pour détruire tout soupçon de supercherie, s'il était nécessaire.

Sur les deux membres inférieurs découverts et placés côte à côte, nous dirigeons, après avoir pris la précaution de placer un écran devant les yeux du sujet, le vent d'une feuille de papier légèrement agitée, et nous voyons au bout de peu d'instants le membre inférieur droit, qui est anesthésique, se contracturer, pendant que le membre gauche resté sensible, le seul par conséquent sur lequel l'impression du vent fût perçue, demeurait dans le même état qu'auparavant. M. Pitres a signalé des cas analogues dans lesquels la contracture par souffle était obtenue sur des membres complètement anesthésiés. Au demeurant, ces faits ne sont pas plus singuliers que ceux dans lesquels le massage musculaire produit la contracture sur un membre qui a perdu toute trace de sensibilité et jusqu'au sens musculaire. Dans l'un comme dans l'autre cas, la contracture se produit, sans que le sujet ait même conscience du procédé employé.

Nous avons observé plusieurs cas d'anesthésie généralisée et absolue, dans lesquels les deux formes de la diathèse de contracture étaient développées au plus haut point.

D'un jour à l'autre, la diathèse de contracture peut subir des variations d'intensité. La contracture n'est pas toujours provoquée avec une égale facilité. Elle s'atténue avec la tendance à la guéri-

son. Son augmentation d'intensité constitue une aggravation de la maladie. Elle prépare le terrain à la contracture spontanée qui se montre fréquemment, et constitue en quelque sorte un phénomène avant-coureur de la contracture permanente. De même après la guérison de la contracture permanente, la diathèse de contracture persiste encore quelque temps, et sa présence rend compte des récidives fréquentes : sa disparition est le signe de la guérison définitive.

La diathèse de contracture se développe spontanément sans cause appréciable. Parfois, au contraire, l'existence d'une contracture localisée à un membre suffit pour la faire apparaître dans d'autres parties du corps, le plus souvent sous la forme hémiplégique du côté de la contracture primitive.

La diathèse de contracture, au même titre que l'amyosthénie et l'anesthésie, mérite de prendre rang parmi les symptômes permanents de l'hystérie.

En terminant, nous croyons utile de rapporter ici quelques-unes de nos expériences relatives aux propriétés neuro-musculaires des hystériques pendant *la veille*.

Secousse musculaire par excitation faradique. — Déformation de la courbe myographique. — Tendance à la contracture.

I. — *B...*[1], hémianesthésique droite (7 avril 1881). — Inscription musculaire suivant les procédés de la méthode graphique de Marey. L'expérience est disposé comme le représente le schéma (fig. 6). Une secousse faradique est imprimée au muscle à chaque tour du cylindre animé du mouvement moyen. Une disposition semblable est adoptee pour les expériences qui suivent. A chaque secousse, le courant est augmenté d'une division de l'appareil à chariot de Dubois-Raymond. Dès la quatrième secousse, c'est-à-dire à la cinquième division, la descente est marquée d'un long plateau plus ou moins accidenté, qui n'est autre chose que la traduction graphique d'une contracture temporaire. A la fin de l'expérience, il reste un peu de raideur de l'avant-bras empêchant l'extension

[1] Les observations des malades sur lesquelles ont porté ces expériences se trouvent dans nos *Études sur la grande hystérie*.

complète. Une faradisation légère des muscles extenseurs ramène bientôt l'intégrité des mouvements.

II. — *Witt...* (18 mars). — Secousses faradiques du biceps. Au bout de

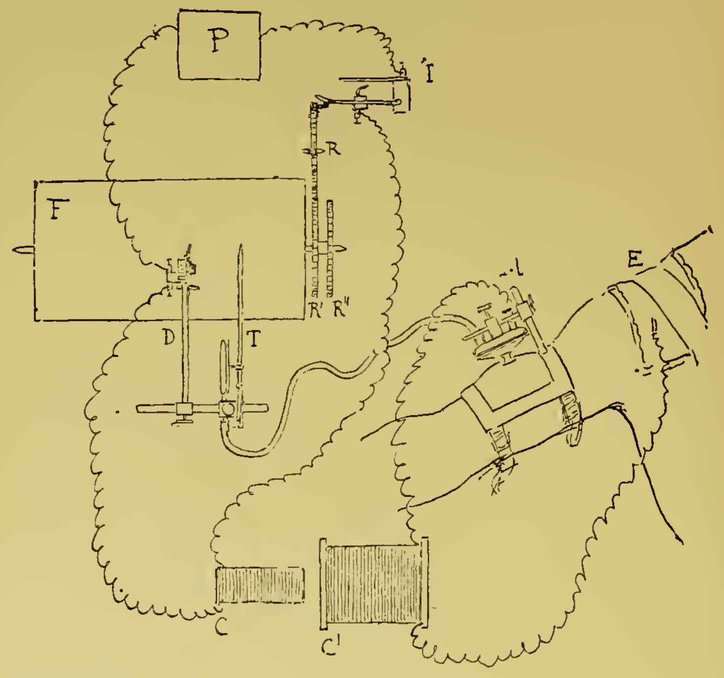


Fig. 6. — Dispositif des expériences sur l'enregistrement des secousses musculaires obtenues par le choc faradique.
Un tambour myographique (M) est appliqué sur le muscle à explorer, le plus souvent c'était le biceps brachial. Ce myographe est mis en communication, par un tube en caoutchouc, avec un tambour enregistreur (T). Un chariot de Dubois-Raymond (CC') est destiné à donner le choc faradique. Des deux réophores du courant induit, l'un fixé au myographe est mis en communication avec le bouton métallique qui repose sur le muscle et qui sert à la fois à donner l'excitation et à recueillir le tracé du gonflement musculaire, l'autre se termine par une plaque (E) maintenue sur le sternum du sujet. Sur le courant inducteur deux appareils sont intercalés. L'un est un signal électrique de Marcel Despretz (D), placé au-dessous du tambour enregistreur et destiné à donner le moment précis de l'excitation ; l'autre est un interrupteur (t) actionné au moyen d'un engrenage (R) mû par le cylindre même du régulateur Foucault (F) et qui, à chaque tour, sert à clore et à ouvrir le courant. La secousse musculaire a lieu à l'ouverture. L'interruption du courant se produit à chaque tour du cylindre au même moment de la révolution, ou bien avec un certain retard. Ce résultat est obtenu à l'aide d'un dispositif bien simple, suivant qu'on met la roue R en rapport avec R' ou R''. R' a le même nombre de dents que R, et R'' une dent de moins. Le signal et le tambour enregistreur sont fixés sur un supoort qui se deplace parallèlement au cylindre, d'une façon régulière, afin de permettre aux courbes musculaires inscrites à chaque révolution du cylindre de se disposer suivant une ligne verticale ou oblique.

quelques excitations, le bras se contracture subitement en flexion. Cette contracture, très énergique, résiste au massage des extenseurs : elle ne peut être détruite que pendant le sommeil hypnotique.

Dans une autre expérience (du 6 mars) il est noté qu'à la suite des

secousses faradiques portées sur le biceps la contracture commence par les doigts de la main qui se ferment progressivement, continue par le poignet et gagne l'avant-bras qui se fléchit. Cette contracture très intense disparaît par la faradisation des muscles extenseurs. Quant à la courbe de la secousse faradique obtenue sur le biceps lui-même, ses caractères sont des plus variés. Il est impossible, à cause d'une excitabilité musculaire déréglée et excessive, d'obtenir un tracé normal. Le plus souvent, il se produit dès le début, malgré la faiblesse de l'excitation, une sorte de court tétanisme, une courbe haute et marquée au sommet d'un plateau plus ou moins régulier. Le temps perdu est considérable pour ces premières excitations. Puis, lorsque la contracture a envahi le membre, la courbe musculaire est très peu élevée malgré la force de l'excitation ; la descente en est lente, mais la durée totale de la contraction ne dépasse pas les limites normales.

19 mars. — Une autre expérience, faite le 19 mars, nous montre que le mode de réaction du muscle sous l'excitant faradique peut varier chez un même malade. Nous obtenons en effet à cette date un tracé dans lequel la courbe musculaire qui répond au choc faradique ne diffère pas sensiblement de la courbe musculaire normale. On ne trouve pas les déformations si accusées de la descente dues à la contracture transitoire ou permanente. Et de fait, le membre demeure aussi souple après des excitations multipliées qu'auparavant. Il n'est le siège d'aucune raideur.

III. — Dub..., hystéro-épileptique (4 avril 1882). — Les secousses faradiques répétées à quelques secondes d'intervalle ne produisent pas la contracture permanente, mais on peut observer une modification notable de la forme de la secousse musculaire qui se traduit, dans ce qu'elle a de plus accusé, par une durée de la secousse beaucoup plus longue qu'à l'état normal : la ligne de descente s'interrompt à un moment donné pour former un plateau plus ou moins long, plus ou moins accidenté et qui se traduit par une pente peu rapide pour rejoindre la normale. On s'est servi, pour donner les excitations, de l'appareil à chariot de Dubois-Raymond ; à chaque secousse, la bobine induite était approchée d'un demi-degré, afin d'augmenter progressivement la force du courant. Les secousses musculaires ont commencé à se produire vers 9 degrés. On remarque que c'est avec un courant fort, vers 3 degrés et 2 degrés, que la tendance à la contracture a été le plus accusée.

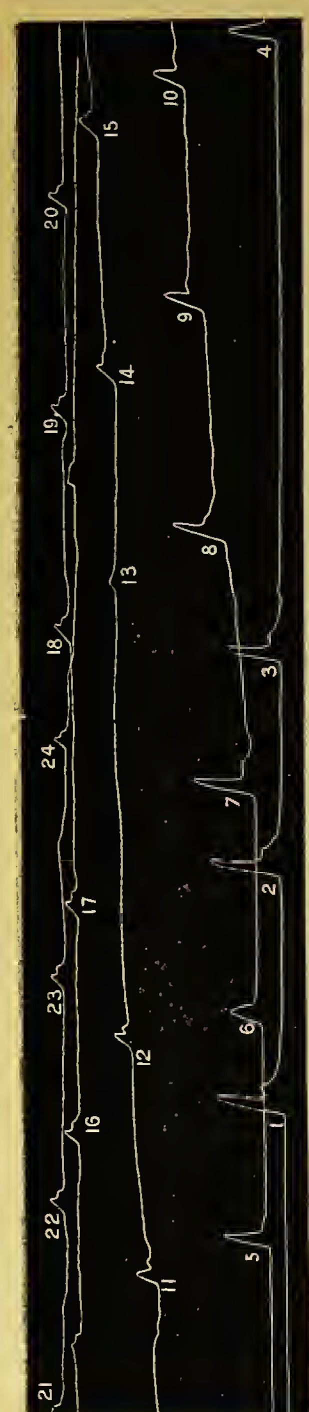


Fig. 7. — Production de la contracture par la répétition du choque faradique pendant la veille, chez Ch..., hystérique. Mouvement moyen du cylindre. Les excitations faradiques sont faites à l'aide de l'interrupteur à main. Les numéros indiquent l'ordre et le nombre des secousses. L'expérience comprend cinq tours de cylindre, chaque ligne correspond à un tour.

Contracture produite sous l'influence de secousses faradiques éloignées.

I. — 13 février 83. — Ch..., hystéro-épileptique.

Le tambour myographique est placé sur la masse musculaire antérieure de l'avant-bras gauche. Le cylindre est animé du mouvement moyen, et les excitations électriques induites sont faites très espacées, au moyen de l'interrupteur électrique à main. La contracture commence à se produire vers la cinquième ou sixième excitation. La courbe du tracé subit, à partir de ce moment, une marche ascensionnelle qui augmente avec chacune des excitations suivantes. Puis, lorsque la contracture est complète, la courbe se maintient à peu près au même niveau, et chaque excitation ne donne plus lieu qu'à une secousse musculaire considérablement réduite. A la fin de l'expérience, le membre tout entier est contracturé dans la flexion (fig. 7).

4 février. — La même expérience a été répétée sur une autre malade (Cad...), et a donné des résultats analogues. La contracture survient progressivement à la suite des secousses faradiques espacées.

II. — Bl..., hystéro-épileptique, hémi-anesthésique gauche.

25 mars. — L'anesthésie est complète à la piqûre dans tout le côté gauche. La faradisation cutanée avec l'excitateur à double pointe, fil fin et courant O de

l'appareil à chariot de Dubois-Raymond, n'est pas sentie au point d'application, mais détermine dans l'étendue du membre des sensations mal définies de tiraillement.

Contracture provoquée par la faradisation. — Portée sur le tronc du nerf cubital à gauche, le courant faradique provoque la contracture de la main dans l'attitude de la griffe cubitale. Cette contracture s'accompagne d'une sensation pénible de tiraillement ; la peau a conservé son anesthésie. La contracture artificielle ainsi produite est très solide et résiste aux efforts les plus énergiques.

On applique un aimant à l'avant-bras droit. Au bout de onze minutes, la sensibilité est complètement transférée ; le côté gauche est redevenu sensible à la piqûre pendant que le côté droit a perdu la sensibilité aux mêmes excitants. Mais la contracture n'a subi aucune modification ; elle immobilise toujours la main gauche redevenue sensible dans l'attitude indiquée. On faradise alors le nerf cubital du côté droit devenu anesthésique. Comme précédemment, il se produit une contracture dans l'attitude de la griffe cubitale avec sensation de tiraillement. Mais, en même temps, on constate que la contracture primitive de la main gauche se relâche notablement. Bientôt, la résolution est complète à la suite de quelques excitations nouvelles portées sur le nerf cubital droit dans le but d'augmenter, si possible, l'intensité de la contracture récemment obtenue.

La malade se trouve donc en ce moment anesthésique et contracturée à droite pendant que le côté gauche est sensible et a perdu sa contracture.

Au bout de quelques instants, une « oscillation consécutive » se produit. Sans nouvelle application aimantée, la sensibilité spontanément quitte le côté gauche, pour reparaître à droite, mais la contracture ne suit pas l'anesthésie, et demeure à la main droite, maintenant sensible.

Une nouvelle faradisation du nerf cubital à gauche, maintenant anesthésique, produit la contracture de ce côté, et en même temps la main droite redevient libre. La malade est ainsi revenue au point de départ anesthésique et contracturée à gauche.

Dans le but d'avoir raison de cette contracture sans en affecter le côté opposé, on profite de l'anesthésie qui l'accompagne pour faradiser très énergiquement les muscles extenseurs des doigts. Sous l'influence de cette manœuvre prolongée quelques instants, la contracture cesse peu à peu, et finit par disparaître complètement : le pouce cède en dernier lieu.

Pendant le cours de cette expérience, la faradisation portée du côté anesthésique sur la joue, dans la région du nerf facial, produisit chaque

fois une contracture du masséter qui dura de quatre à huit minutes, et cessa brusquement pendant le transfert de la sensibilité, sans qu'il ait été fait rien de spécial pour cela.

Cette observation nous permet de constater :

1° L'influence de la faradisation sur la production de la contracture ;

2° L'influence de la production d'une nouvelle contracture dans les muscles symétriques du côté opposé, sur la résolution de la contracture primitive ;

3° L'influence de l'aimant sur le transfert de la sensibilité, influence nulle dans ce cas pour le transfert de la contracture ;

4° Et inversement l'influence de la faradisation sur le transfert de la contracture, influence nulle sur le transfert de la sensibilité (dans la dernière expérience, la faradisation a duré onze minutes).

28 mars. — Dans une autre expérience, sur la même malade, on constate que la faradisation musculaire directe produit la contracture des muscles électrisés. Cette contracture ne disparaît que par la faradisation intense des antagonistes.

III. — H..., hystéro-épileptique (26 mars). — Contracture provoquée sous l'influence de la faradisation. — Anesthésie généralisée : perte absolue des divers modes de la sensibilité (piqûre, contact, température, électricité), perte du sens musculaire.

Le courant faradique appliqué à la face palmaire de l'avant-bras gauche provoque une contracture de la main et des doigts en flexion. Cette contracture disparaît rapidement sous l'influence de la faradisation des muscles extenseurs.

La faradisation du nerf cubital au coude produit la contracture de la main dans l'attitude de la griffe cubitale. Cette contracture disparaît par la faradisation des muscles extenseurs.

Expériences diverses sur la diathèse de contracture.

1. — M..., hystérique, possède à un haut degré cet état musculaire spécial qui se traduit par une aptitude remarquable à la production de la contracture sous l'influence des excitations les plus diverses. Nous avons pu répéter sur elle les expériences suivantes :

5 décembre 1882. — La *faradisation* des masses musculaires ne produit pas chez elle la contracture, comme cela arrive chez d'autres sujets : mais les muscles ont une façon toute spéciale de répondre à l'excitation faradique, et sur laquelle il est intéressant d'insister.

a) Lorsque les interruptions sont rapides, les muscles électrisés se

tétanisent comme il arrive d'ailleurs chez les sujets parfaitement sains, mais il arrive chez notre malade que la contraction musculaire ne reste pas localisée aux muscles directement excités.

L'excitation, sans que l'excitant électrique ait changé de place, gagne peu à peu les muscles voisins qui entrent successivement en contraction. Ainsi, si l'excitation faradique est portée sur la main — un tampon dans la paume de la main, l'autre au-dessus du poignet, — les doigts commencent à se fléchir, et la main se ferme presqu'aussitôt ; mais l'action ne se borne pas là. Bientôt, sans que les tampons aient été changés de place, on voit le poignet se fléchir, puis l'avant-bras sur le bras. Mais il ne s'agit pas d'une contracture permanente, car toute action musculaire disparaît aussitôt que cesse l'excitation électrique.

b) Si les interruptions sont lentes (trois par secondes), le même phénomène de propagation se produit, bien que plus lentement, mais il est précédé de modifications spéciales dans le muscle directement excité.

Chez un sujet sain, avec des interruptions aussi lentes, les secousses musculaires produites par la faradisation sont parfaitement distinctes les unes des autres. Il n'y a pas de fusion des secousses, pas de tétanisation. Il en est autrement chez notre malade ; les secousses imprimées au membre sont moins brèves, et une nouvelle secousse survient avant que la précédente soit complètement terminée. C'est ainsi que, dans la faradisation des fléchisseurs du poignet, on voit celui-ci soulevé à chaque secousse ne redescendre jamais jusqu'à son point de départ, et subir ainsi, dans l'ensemble, un mouvement de flexion qui se produit par saccades, et dont chaque excitation nouvelle augmente le degré. En résumé, les excitations toujours distinctes donnent lieu à des secousses musculaires qui, d'abord nettement séparées, empiètent bientôt l'une sur l'autre, et ne tardent pas à se confondre en un même état de contraction tonique analogue à la tétanisation produite d'emblée par la faradisation à interruptions rapides.

2° La faradisation, dans l'expérience précédente, ne donne pas naissance à la contracture des muscles intéressés, mais il n'en est pas de même si l'on vient à modifier ces conditions expérimentales : par exemple en provoquant d'avance, par d'autres procédés, la contracture en un point symétrique. Par le tiraillement du pouce et des doigts, la main droite est contracturée dans l'attitude figurée page 156 (fig. 14), qui se rapproche de celle qu'avait la main de notre malade Cad... Les doigts fléchis dans leur articulation métacarpo-phalangienne sont réunis en faisceaux, et le pouce en opposition vient s'appliquer contre ces dernières phalanges. La main dans son ensemble forme un cône dont le sommet est à l'extrémité des doigts.

La faradisation appliquée en certains points, un tampon sur le trajet du nerf cubital à 3 centimètres au-dessus du poignet, l'autre en dedans de l'éminence thénar, permet de reproduire sur la main gauche la même attitude. Au bout de peu d'instants d'électrisation, on voit l'attitude ainsi produite devenir permanente, la contraction se transformer en contracture, pendant que la contracture artificielle primitive de la main droite perd de sa rigidité, et finit bientôt par cesser complètement. Il s'est opéré là, sous l'influence de la faradisation des muscles symétriques du côté opposé un véritable transfert de la contracture.

3° Ce transfert peut être obtenu sans le secours de la faradisation. Il suffit, par un moyen quelconque, de provoquer dans la main libre une contracture semblable à celle de la main primitivement contracturée.

4° On s'assure par des expériences multipliées que la contracture primitive ne disparaît pas, ou, en un mot, qu'il n'y a pas transfert, lorsque la contracture secondaire produite du côté opposé porte sur un domaine musculaire différent. Par exemple, la main gauche étant contracturée en flexion, si la main droite est contracturée en extension, cette seconde contracture est sans effet sur la première. La contracture persiste à la fois des deux côtés. Le massage direct vient alors à bout de chacune des contractures isolément.

II. — Cad... (29 janvier 1883). — La contracture de la main gauche n'existe plus. La malade est franchement hémi-anesthésique.

Les réflexes tendineux sont exagérés au genou, des deux côtés, sans prédominance bien marquée. Au coude et au poignet, ils sont plus exaltés à gauche qu'à droite. La trépidation par le soulèvement de la pointe du pied existe des deux côtés.

1° Contracture provoquée par la répétition du choc tendineux.

a) *Au poignet.* — Main gauche. Répété un certain nombre de fois sur la face antérieure du poignet, le choc tendineux produit la contracture de la main en flexion. Les doigts sont en outre contracturés et rappellent par leur attitude la forme de l'ancienne contracture spontanée qui existait de ce côté, et dont vient de guérir le malade (fig. 14).

Main droite. — La même manœuvre répétée à droite produit un résultat analogue, mais l'attitude des doigts diffère. Ils se fléchissent simplement, et le pouce ne se met pas en opposition.

La contracture persiste des deux côtés à la fois, ce qui permet de constater les différences d'attitude des doigts dans les deux mains, malgré la similitude de l'excitation mécanique portée des deux côtés au même endroit. Destruction de la contracture par le choc répété sur les tendons postérieurs du poignet.

b) *Au coude.* — Le choc sur le tendon des triceps au coude amène pour les deux bras une contracture du membre en demi flexion. Les deux poignets sont contracturés en flexion et rotation en dedans de façon que la paume des mains regarde en arrière et en dehors. Les doigts sont également contracturés en flexion avec les différences pour les deux mains que nous avons signalées dans les expériences précédentes. La contracture est détruite par le choc sur les tendons extenseurs du poignet.

2° Contracture par tiraillement des muscles.

a) *Extension brusque du membre.* — Le bras maintenu par le poignet est étendu brusquement en dehors. Des deux côtés le bras se contracture en extension : il n'y a de différence que pour les doigts, qui, à gauche, reproduisent toujours l'attitude de l'ancienne contracture, tandis qu'à droite ils sont immobilisés dans l'extension et écartés les uns des autres.

b) *Flexion brusque.* — La main est fléchie brusquement sur le poignet et se trouve aussitôt contracturée dans cette attitude de flexion. La même chose se produit des deux côtés, toujours avec cette tendance des doigts de la main gauche à se placer dans l'attitude de l'ancienne contracture.

2° Contracture en flexion par excitation mécanique des muscles extenseurs.

Pendant que la main du sujet est simplement maintenue dans la flexion, on excite mécaniquement par la friction les muscles de la face postérieure de l'avant-bras. On voit alors le mouvement de flexion du poignet se fixer et s'accuser davantage sous l'influence de la contracture des muscles fléchisseurs.

Même malade (30 juin 1883). — 1° Excitation mécanique des nerfs du bras.

Membre supérieur gauche. — L'excitation mécanique portée sur le cubital dans la gouttière olécrânienne amène tous les doigts en flexion, le pouce ramené vers la paume de la main, attitude dans laquelle les muscles tributaires du cubital ne sont pas seuls intéressés.

Cette attitude se maintient tant que l'excitation dure : elle cesse tout d'un coup quand on suspend l'excitation, mais en persistant encore d'une manière très appréciable pendant quelques divisions de seconde. En excitant le nerf médian en dedans du tendon du biceps, on amène la contraction de la main dans l'attitude de l'ancienne contraction spontanée (voy. fig. 14). Les doigts sont ramenés en cône, le poignet fléchi. La contraction cesse comme dans l'expérience précédente. En cherchant à exciter le nerf radial au sortir de la gouttière de torsion, la main se place dans l'attitude de l'ancienne contracture avec flexion du poignet et pronation forcée. Cette contraction cesse comme précédemment.

Membre supérieur droit. — Les mêmes expériences répétées à droite donnent des résultats identiques, avec quelques différences dans l'attitude des doigts.

Il résulte des expériences précédentes que l'excitation des nerfs amène la contraction prolongée des muscles non seulement de son domaine, mais de ceux qui lui sont étrangers.

2° L'excitation mécanique du nerf poplité externe en arrière du tendon du biceps amène la contracture persistante du pied dans l'attitude du pied bot varus légèrement équin. Même action des deux côtés. L'excitation du nerf poplité interne au milieu du creux poplité amène une contracture du pied en extension (flexion dorsale). Action semblable des deux côtés.

Par le massage musculaire, en portant l'excitation sur les muscles eux-mêmes, on obtient un résultat analogue. Le pied se contracture dans une attitude déterminée par la prédominance des muscles antagonistes de ceux qui sont directement excités. Ainsi, en malaxant les muscles du mollet, le pied se contracture en flexion dorsale, et en malaxant les muscles antérieurs de la jambe le pied se place en extension (flexion plantaire).

L'excitation portée en promenant sur la peau de la jambe l'extrémité libre d'un diapason en vibration détermine la contracture du pied dans une attitude due à la prédominance d'action des muscles directement excités. Ainsi, en promenant le diapason sur les muscles antérieurs, la pointe du pied se relève, et le pied se contracture en flexion dorsale. En agissant sur les muscles du mollet, on obtient une contracture en extension (flexion plantaire).

Il résulte des expériences faites sur les membres inférieurs que :

a) L'excitation mécanique du nerf produit une contracture permanente ;

b) La contracture se produit de la même façon, que l'excitation mécanique musculaire soit directe ou indirecte (par l'intermédiaire des nerfs) ;

c). La contracture produite par l'excitation musculaire directe varie suivant la nature de l'excitant. Ainsi, l'excitation par la malaxation amène la contracture avec prédominance des antagonistes, tandis que l'excitation par le diapason amène la contracture avec prédominance des muscles excités.

3° Secousses faradiques. — Des secousses faradiques appliquées sur les muscles de l'avant-bras (région antérieure ou région postérieure) amènent dans la main des mouvements isochrones aux interruptions électriques. Chaque mouvement est distinct, mais la main ne reprend pas exactement

la position qu'elle avait auparavant. De sorte qu'au bout d'un certain nombre de secousses la main se trouve avoir exécuté un certain parcours dans le sens de la flexion ou dans le sens de l'extension suivant les muscles excités. Ceci se produit avec des interruptions lentes, environ deux par secondes. Même avec des excitations plus lentes encore, le même résultat se produit, bien que plus difficilement. Mais il ne s'agit pas là de contracture durable, et l'attitude définitive imprimée à la main cesse presque en même temps que l'excitation.

En résumé, il se produit là une sorte de fusion incomplète des secousses faradiques, dont le résultat est de produire avec des excitations très espacées une sorte de tétanisme incomplet et éphémère.

3 février. — Chez la même malade, les secousses faradiques espacées

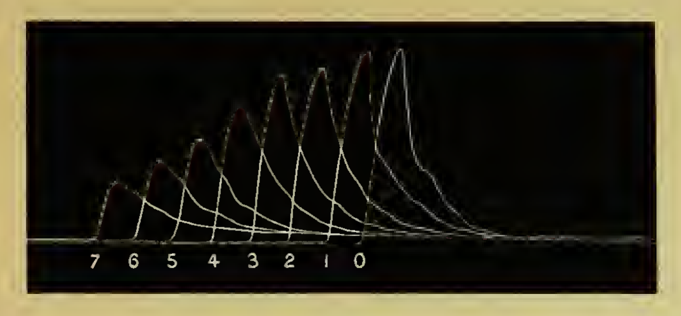


Fig 8. — Secousses faradiques avec augmentation progressive de l'intensité du courant chez la malade G (*biceps droit*) (*Obs. II*), qui ne présentait aucune des manifestations de la diathèse de contracture léthargique, mais chez laquelle les contractures par excitation cutanée superficielle étaient très facilement obtenues.

produisent la contracture permanente, s'établissant par degrés, comme la contraction tonique dans l'expérience précédente.

10 mars. — L'hémianesthésie gauche a disparu. La diathèse de contracture n'existe plus que du côté gauche et encore peu accusée. Les réflexes tendineux sont peu marqués au poignet. Ils existent assez accusés aux genoux. Au bras gauche, la contracture finit par suivre la flexion brusque du poignet répétée une dizaine de fois. Le choc tendineux répété très longtemps amène une légère contracture qui disparaît rapidement d'elle-même. Au bras droit, les mêmes manœuvres ne donnent lieu à aucune contracture.

III. — G..., hystéro-épileptique. — L'observation de cette malade est publiée plus loin. Elle présente la diathèse de contracture forme somnambulique. La contracture ne peut être provoquée par aucun procédé autre que l'excitation cutanée superficielle. La faradisation même intense reste sans aucun effet (fig. 7).

ARTICLE III

CONTRACTURES

Il y a lieu de distinguer les formes suivantes de la contracture hystérique :

1° *Contracture hystérique permanente se subdivisant en deux variétés suivant l'état de la sensibilité :*

a) Avec anesthésie;

b) Avec hyperesthésie ;

2° *Contracture hystérique de forme psychique.*

I. — Contracture permanente non douloureuse.

Le *début* de la contracture hystérique est brusque ou graduel. Dans le premier cas, elle apparaît inopinément à la suite d'un traumatisme, d'une vive émotion, etc., sans que rien n'ait pu le faire prévoir : c'est parfois la première manifestation de la névrose.

Dans le second cas, elle est précédée de faiblesse ou d'engourdissement du membre ou de phénomènes spasmodiques, tels que l'augmentation des réflexes tendineux, la trépidation épileptoïde, des secousses spontanées, du tremblement des membres, etc. La chorée rentre aussi parfois parmi le signes précurseurs. Malgré la présence de ces symptômes variés qui peuvent faire prévoir l'imminence de la contracture, et que nous avons étudiés en détail dans le chapitre précédent, l'établissement de la contracture se fait de deux façons : ou d'emblée, en quelques instants elle a atteint son maximum d'intensité; ou graduellement, par l'augmentation

progressif des phénomènes spasmodiques, l'apparition d'une raideur d'abord légère et qui, augmentant peu à peu, finit par immobiliser complètement les membres atteints. Cette marche est celle des paraplégies spasmodiques de nature organique ; c'est aussi de la sorte que s'établit la contracture tardive des anciens hémiplégiques. Il faut savoir que la contracture hystérique peut présenter les mêmes débuts, mais il ne faut pas oublier que ce qui est la règle ailleurs est ici l'exception. Le plus souvent, la contracture hystérique se distingue par son envahissement brusque et la production presque instantanée d'une raideur considérable qu'atteignent rarement les contractures des anciens hémiplégiques eux-mêmes.

A. — *Degré.*

Une fois constituée, la contracture hystérique se distingue par son intensité, qui est extrême. Le membre est immobilisé avec une force considérable, et les tentatives les plus énergiques dirigées contre elle ne peuvent parvenir à la modifier si peu que ce soit. Nous verrons plus loin que, dans certains cas, une traction lente et continue peut la faire céder, momentanément du moins et partiellement.

B. — *Quelle que soit l'attitude des membres, les groupes musculaires antagonistes sont également intéressés.*

Il est facile de s'assurer que, malgré la prédominance des muscles qui déterminent l'attitude du membre contracturé, les muscles antagonistes sont également atteints. Ainsi, je suppose que le membre soit fléchi, on sentira les extenseurs également raides et durs au toucher : de même que l'extension est impossible, l'exagération du mouvement de flexion l'est également. Lorsque l'attitude de la contracture est intermédiaire entre la flexion et l'extension, la circonstance est favorable pour juger de la contracture égale des antagonistes, et l'on constate en effet

que le membre ne peut pas plus être porté dans un sens que dans l'autre, pas plus étendu que fléchi.

L'attitude des membres contracturés n'est donc pas due à la contracture isolée d'un seul groupe musculaire pendant que le

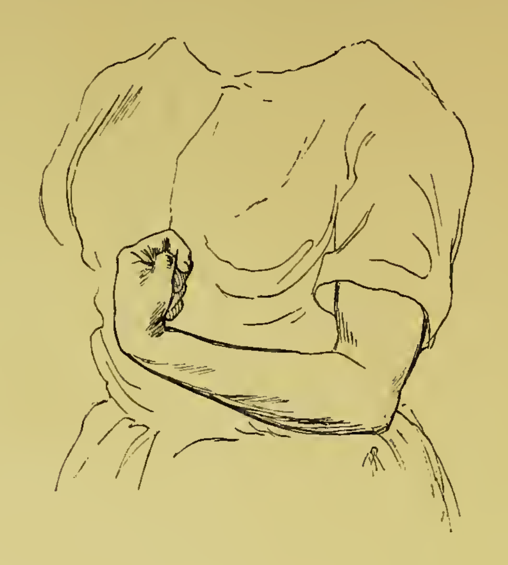


Fig. 9. — Contraction du membre supérieur. — Type de flexion.

groupe antagoniste est demeuré sain ou paralysé. Les deux groupes musculaires sont également actifs et l'attitude n'est déterminée que par la prédominance d'action les uns sur les autres.

Cette attitude n'est pas indifférente, et, suivant les muscles atteints, elle revêt une forme de prédilection sur laquelle nous reviendrons au sujet des contractures en particulier. Au membre supérieur, l'attitude de prédilection est la flexion (fig. 9), tandis que c'est l'extension au membre inférieur (fig. 10).

C. — *Stabilité.*

Contrairement à ce qui s'observe pour les paralysies dont le degré varie d'un jour à l'autre et qui sont d'ordinaire incomplètes,

les contractures, de même qu'elles sont d'ordinaire très intenses, persistent invariablement au même degré d'intensité. On n'observe pas les oscillations qui sont un des caractères des paralysies hystériques.

Le sommeil même n'amène aucune détente dans les membres contracturés. L'observation en a été maintes fois faite, et l'on peut, dans certaines circonstances où la simulation est à craindre,



Fig. 10. — Contracture du membre inférieur gauche. Type d'extension. Cette contracture est survenue à la suite d'un coup reçu à la partie inférieure et externe de la jambe en E.

trouver dans la présence de ce caractère un signe de certitude indiscutable.

Le sommeil chloroformique en amène la résolution, mais il faut savoir qu'il doit être porté assez loin, et la détente musculaire demande parfois un temps assez long pour se produire. Quelquefois même, dans les cas anciens, elle est incomplète; mais la contracture, en même temps que cesse l'action du chloroforme, se reproduit et recouvre au réveil toute son intensité.

D. — *Rareté des troubles de la nutrition.*

Le membre conserve d'ordinaire son volume. Les muscles, loin d'être atrophiés, forment des saillies sous la peau. Ils sont susceptibles de se contracter et de donner, sous l'influence de la faradi-

sation, une secousse à peu près semblable à celle des muscles au repos, ce qui indique que la contracture tient en quelque sorte le milieu entre l'état de relâchement et la tétanisation.

Cependant, lorsque la contracture date de longtemps, les membres finissent par s'amaigrir, sans que cependant les muscles présentent les caractères cliniques et anatomiques de la dégénérescence. Au point de vue du pronostic, il est intéressant de faire remarquer que cet amaigrissement n'apporte aucun obstacle à la guérison, qui peut être aussi bien subite que lorsque le membre a conservé son volume. Une fois le retour des mouvements effectué, le membre ne tarde pas à reprendre son aspect normal.

Enfin, il faut savoir que l'atrophie musculaire, avec réaction de dégénérescence, peut être une complication, rare, il est vrai, de la contracture hystérique. M. Gilles de la Tourette en a rapporté récemment un exemple [1].

Une autre complication, dont nous parlerons plus loin, et dont l'existence a été mise hors de doute dans ces derniers temps par M. Charcot, c'est la rétraction musculaire, lésion permanente des tissus entraînant un raccourcissement du muscle, survivant aux phénomènes spasmodiques, maintenant la déformation du membre lorsque la contracture a disparu, et nécessitant l'intervention chirurgicale (voyez p. 107 et 152).

E. — *État de la sensibilité.*

Dans la contracture hystérique, la sensibilité n'est que bien exceptionnellement respectée. Dans quelques cas, il existe une hyperesthésie qui modifie le tableau symptomatique, au point que ces faits méritent d'être classés à part, et j'en ferai l'objet d'un chapitre spécial. Mais, dans le plus grand nombre des cas, la sensibilité est considérablement diminuée ou complètement abolie. L'anesthésie est limitée à la peau ou envahit aussi les parties profondes. Elle est localisée aux membres contracturés ou occupe une moitié du corps (hémianesthésie). Parfois même elle est générale. La sensibilité spéciale est souvent atteinte.

[1] Nouvelle Iconographie, 1889, p. 257.

Dans la grande généralité des cas, le membre contracturé n'est pas un membre douloureux. Si la malade a parfois la sensation d'un tiraillement musculaire, il n'existe rien d'analogue à la souffrance occasionnée par une crampe douloureuse. Il peut cependant exister quelques fourmillements dans les parties atteintes, quelques douleurs à forme névralgique le long des nerfs des membres contracturés, sans que ces faits rentrent dans le cadre des contractures douloureuses dont il sera question plus loin.

La température du membre n'a été que rarement recherchée. D'après M. Bourneville, la température des membres contracturés n'est pas plus élevée que celle des membres sains. Quelquefois ils paraissent un peu moins chauds [1]. Dans une expérience délicate sur les contractures provoquées dans l'hypnotisme, MM. Regnard et Brissaud ont trouvé que la température était plutôt diminuée dans le membre contracturé.

F. — *Marche.*

La contracture hystérique, si tenace parfois qu'elle demeure pendant des années exactement localisée à la même région sans subir aucune modification, peut, dans d'autres circonstances, présenter une mobilité qui, lorsqu'elle se rencontre, acquiert une grande importance au point de vue du diagnostic. Cette mobilité se manifeste de deux façons : ou bien la contracture disparaît pour reparaître de la même façon, dans les mêmes régions, avec les mêmes caractères : c'est ce qu'on pourrait appeler la *contracture à répétition*. Cette forme de contracture se montre surtout dans l'enfance et constitue souvent une des premières manifestations hystériques. La contracture apparaît brusquement pour disparaître de même, après une durée de quelques jours. Nous connaissons deux intéressantes observations, dues à M. Charcot, de torticolis hystérique à répétition. Dans les deux cas, la contracture s'est montrée un grand nombre de fois affectant toujours la même forme, et durant à chaque apparition de

[1] Dans un cas que nous avons observé, la main contracturée était manifestement plus froide que l'autre.

huit à trente jours. Chez l'une de ces malades, âgée de quatorze ans, la contracture survenait à chaque époque menstruelle ; l'autre malade, âgée de douze ans, n'était pas encore réglée, mais le torticolis revenait également tous les mois.

D'autres fois, la contracture ne quitte une région que pour envahir un autre point du corps. Les exemples de cette forme *erratique* sont très nombreux. La durée de la contracture en une même région est fort variable; elle alterne ou coïncide avec des paralysies.

G. — *Durée et terminaison.*

La durée de la contracture hystérique est fort variable. Elle peut aussi bien cesser au bout de quelques instants que se prolonger pendant des années.

Comme le début, la terminaison est lente ou brusque.

Elle s'opère graduellement sous l'influence du traitement ou sans cause appréciable. La raideur diminue et est bientôt remplacée par un état paralytique qui lui-même s'améliore graduellement. C'est le cas général, lorsque la contracture quitte graduellement un membre, de voir ce membre passer par une période de paralysie avant de recouvrer l'intégrité complète de ses mouvements. Un des caractères de cet état parétique, qui peut se prolonger, est la facilité avec laquelle la contracture réapparaît sous l'influence d'excitations variées. Il existe là, à un degré plus ou moins accusé, cet état de contracture latente que nous avons étudié sous le nom de diathèse de contracture, état transitoire, mais qui, tant qu'il existe, permet de considérer comme incomplète une guérison en apparence parfaite, puisque toute trace de raideur a disparu. Mais cet état d'opportunité de contracture finit par disparaître lui-même, et la guérison peut alors être considérée comme définitive.

Le mode de terminaison brusque est fréquent et peut parfois susciter d'étranges surprises. Il peut donner un démenti éclatant au médecin qui, peu expérimenté en ces matières, s'est laissé effrayer par l'apparence des symptômes et a cru à l'existence

d'une lésion organique. Il fait crier au miracle les gens étrangers à la médecine, qu'un semblable dénouement étonne à bon droit.

En effet, on voit tout d'un coup, sous l'influence d'une vive émotion ou sans cause appréciable, une contracture, qui jusque-là avait résisté à toutes sortes de traitement et durait depuis des années, cesser subitement, et le membre recouvrer, d'une façon en quelque sorte instantanée, la liberté de ses mouvements. Les exemples ne se comptent plus. M. Charcot en cite trois dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*. La contracture de la malade au sujet de laquelle le professeur de la Salpêtrière citait les exemples précédents s'est terminée de même.

Dans une observation que nous avons publiée ailleurs [1], c'est dans un sanctuaire célèbre, but de pèlerinage, qu'une contracture du membre inférieur gauche qui durait depuis un an a disparu. Ici, l'émotion religieuse paraît avoir été l'instrument de la guérison. Dans d'autres circonstances, les pilules de « mica panis » ont pu produire un effet analogue.

Chez une autre malade, c'est l'effroi d'une opération proposée par un dentiste qui est le point de départ de la guérison, qui, dans ce cas, ne fut pas instantanée. Ce ne fut qu'en rentrant chez elle que la malade qui, depuis plus de quatre ans, portait son membre inférieur droit contracturé dans la flexion sentit sa jambe se détendre; le bout du pied descendait jusqu'au niveau de la malléole gauche. Ce n'est que les jours suivants que l'extension fut complète.

La paraplégie spasmodique d'une jeune malade qui offrait la plus grande ressemblance avec les cas analogues de nature organique, céda subitement dans des circonstances que je rappellerai ici. Elle avait déjà subi sans succès un traitement hydrothérapique à Auteuil. Elle rêve, étant rentrée chez elle, la veille du jour de la présentation de la Vierge, que M. Charcot était présent, et qu'avec un peu d'emportement il lui intimait l'ordre de se lever et de marcher. Au réveil, fortement impressionnée de ce rêve, elle se met à prier mentalement la Vierge, se disant que, si la Vierge voulait, elle marcherait. A dix heures du matin, il n'y

[1] *Grande hystérie*, page 190.

avait encore rien de changé. Elle se trouvait seule dans sa chambre depuis une heure environ, lorsque les personnes qui étaient dans la chambre voisine l'entendirent crier: « Je marche! Je marche! » Et en effet elle marchait sans appui. La contracture avait disparu dans les deux membres.

Le médecin doit donc être averti de la possibilité de ce dénouement.

Mais, en y regardant de près, on voit que la rapidité de la guérison est plus apparente que réelle. Comme dans les guérisons lentes, le membre passe par une phase de paralysie ou de parésie de durée variable et signalée expressément dans quelques observations. Ainsi la malade de Landouzy et Ballet, guérie subitement d'une contracture paraplégique par les pilules de « mica panis », a marché en traînant les jambes pendant deux jours.

Lorsque la parésie est assez peu accusée pour passer inaperçue, un examen attentif fait reconnaître la persistance du caractère spasmodique, exaltation des réflexes tendineux, trépidation spinale et la présence de la diathèse de contracture.

Chez la malade paraplégique spasmodique, dont je viens de citer la guérison en quelque sorte miraculeuse, les phénomènes spasmodiques existèrent encore longtemps après la guérison. Plus de vingt jours après, M. Charcot notait que la malade marchait en effet sans appui, mais en traînant le pied gauche sur le sol. De plus, il constatait que les réflexes rotuliens, surtout celui de gauche, étaient exagérés, et que la trépidation épileptoïde était très manifeste à gauche. La trépidation du pied gauche existait encore six mois après.

La raideur musculaire, en effet, peut disparaître tout d'un coup et complètement, mais l'état médullaire qui l'entretenait ne disparaît que graduellement, et, tant qu'il persiste, la guérison ne saurait être considérée comme définitive. Les récidives sont à craindre; l'état de contracture latente ou de diathèse de contracture a remplacé la contracture, mais la guérison ne sera complète que lorsque cet état nerveux aura lui-même disparu.

II. — Contracture permanente douloureuse.

Dans la forme non douloureuse que nous venons de décrire, la malade, surtout si la contracture est partielle, ne s'inquiète que modérément de son état. Elle n'en souffre point et s'habitue à se passer des services que son membre lui rendait. La guérison peut se faire attendre, elle n'est point réclamée avec grande insistance. La situation, même dans les cas de contracture généralisée, si pénible qu'elle soit, est toujours tolérable. L'état général reste bon. Mais la scène change si le membre contracturé est le siège de douleurs intenses et continues : le malade bientôt épuisé par des souffrances qui ne le quittent pas, même la nuit, et le privent de sommeil, ne tarde pas à tomber dans un état d'exaspération extrême. L'état général souffre, la nutrition languit, la fièvre survient. Et, même lorsque la contracture est localisée, il peut en résulter un état grave auquel il faut à tout prix mettre un terme.

Briquet range parmi les complications de la paralysie certaines contractures peu communes, puisqu'il n'en a observé que cinq cas, mais remarquables par leur caractère douloureux. « Pendant tout le temps qu'elle (la contracture) existe, dit Briquet, les membres affectés sont le siège de douleurs pongitives et de fourmillements très pénibles. » Cet état douloureux s'accompagne toujours d'une céphalalgie violente, d'insomnie, de troubles des voies digestives et de fièvre.

Cette forme pourrait mériter également le nom de contracture aiguë, et il y a lieu de la rapprocher de ces contractures généralisées, qui suivent parfois la grande attaque hystérique, et se font remarquer par les cruelles souffrances qu'elles infligent aux malades, mais ne se prolongent pas d'ordinaire au-delà de quelques heures.

Nous avons observé deux cas se rapportant à cette forme spéciale de contracture hystérique.

Dans l'un il s'agissait d'une jeune fille prise, à la suite d'attaques

convulsives, d'une contracture douloureuse à forme hémiplégique. Cette contracture résista pendant plusieurs mois à toute tentative de traitement, puis disparut subitement à la suite d'une attaque [1].

L'autre a trait à un homme de trente ans, un nommé B..., atteint de contracture de la main gauche à la suite d'une brûlure, et dont la situation devint tellement intolérable à cause des douleurs qu'il supportait, qu'en présence de l'impuissance des moyens de traitement ordinaires (aesthésiogènes) on eut recours à l'élongation des nerfs du bras [2].

Les douleurs que supportent les malades sont localisées aux parties contracturées. C'est parfois une hyperesthésie exquise de la peau, qui ne permet pas le plus léger contact. Des douleurs plus profondes peuvent exister en même temps. Elles siègent dans les muscles contracturés, dont la pression est douloureuse, ou autour des articulations où elles siègent vraisemblablement dans les ligaments tiraillés. Elles sont extrêmement vives et continues, mais avec des exacerbations qui s'accompagnent fréquemment d'exagération passagère de la contracture. On voit, en effet, à ces moments les tendons et les muscles former de nouveaux reliefs sous la peau. Ces douleurs profondes peuvent exister sans l'hyperesthésie de la peau, et même avec un certain degré d'anesthésie. Le membre douloureux est le siège d'une chaleur manifeste. Parfois, la peau devient luisante et rouge comme s'il existait un certain degré d'inflammation.

Comme ces contractures ne cessent point pendant le sommeil, les douleurs qui les accompagnent persistent également toute la nuit, et ont pour conséquence l'insomnie la plus cruelle.

Dans les cas les plus accusés, les fonctions générales ne tardent pas à s'altérer. L'appétit se perd, le malade maigrit. Il est dans un état d'inquiétude et d'agitation perpétuelles. Un de nos malades ne se trouvait soulagé, et encore faiblement, que par des doses

[1] L'observation a été rapportée dans mes *Etudes cliniques sur la grande hystérie*, page 414.

[2] On pourrait aussi rapporter à cette forme les observations suivantes :

1° Observation de Rustegleo, rapportée par MM. Bourneville et Voulet. *De la contracture hystérique permanente*, p. 25 ;

2° Observation de Briquet (*Traité de l'hystérie*, p. 435). La contracture occupait tous les muscles du côté gauche du corps.

considérables d'opium. Il peut survenir alors un état fébrile inquiétant. Un malade de Briquet, au bout de six semaines d'insomnie complète, présentait une assez grande fréquence de pouls, de la chaleur à la peau, et enfin un véritable état de fièvre hectique s'accompagnant d'un dépérissement notable.

Un autre caractère de ces contractures douloureuses est leur résistance à la plupart des moyens de traitement. En effet, une série d'expériences nous a démontré que les aesthésiogènes n'avaient d'influence sur la contracture que lorsqu'elle s'accompagnait d'anesthésie. Toutes les fois qu'il y avait de l'hyperesthésie cutanée ou des douleurs profondes, les mêmes procédés sont demeurés sans résultats.

Le médecin peut se trouver alors dans une grande perplexité, en face de l'insuccès du traitement employé et de la nécessité où il est d'intervenir. Notre malade B... en était arrivé à demander comme une grâce l'amputation de son membre. M. Charcot se décida alors pour l'intervention chirurgicale, et conseilla l'élongation du nerf médian qui fut pratiquée par M. Terrillon. Le résultat immédiat fut la disparition des douleurs. La contracture également disparut, mais elle fit place à un état parétique du membre qui persistait encore six mois après.

Dans l'observation de Rustegleo, la contracture et les douleurs cessèrent peu à peu sous l'influence de l'emploi de fortes doses d'opium.

Chez la malade de Briquet, les contractures douloureuses qui avaient résisté aux opiacés, aux applications chloroformiques, cessèrent sous l'influence d'applications de ventouses scarifiées.

III. — Contracture hystérique de forme psychique.

Nous croyons devoir distinguer sous cette dénomination un certain nombre de cas de contractures hystériques qui se séparent de ceux que nous venons de décrire par des signes cliniques en nombre suffisant pour leur donner une physionomie à part, et qui nous paraissent reconnaître pour cause une lésion dynamique de l'écorce cérébrale elle-même ainsi que nous chercherons à le

démontrer plus loin au chapitre de la Physiologie pathologique.

De même que ceux qui précèdent, les cas dont il s'agit ici peuvent persister pendant un temps fort long, des mois et des années, résistant à toute tentative de traitement. Néanmoins nous ne leur conservons pas la dénomination de contracture permanente, d'abord pour les bien distinguer des précédents, et ensuite parce qu'ils présentent une instabilité et une variabilité dans le degré de la raideur musculaire éloignant l'idée de stabilité durable qui a présidé à la susdite dénomination.

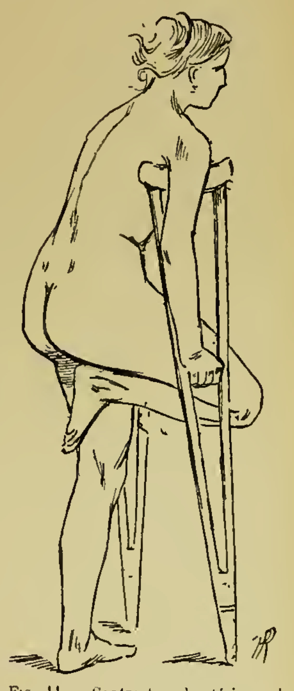
Quant aux circonstances étiologiques, elles ne diffèrent pas sensiblement dans les deux formes. Je signalerai, en outre, parmi les symptômes qui leur sont communs: le caractère spasmodique de la contracture, la rareté des troubles trophiques, la conservation du volume du membre, la persistance de la contractilité électrique, la durée, la marche, le mode de terminaison également progressif ou soudain. Mais, sur d'autres points de la symptomatologie, des différences marquées existent.

C'est ainsi que la forme psychique se distingue par les attitudes inaccoutumées, bizarres, imprévues qu'elle imprime aux membres. Elle est aussi rigide que l'autre, mais instable dans une certaine mesure, s'exagérant, s'étendant même à de nouvelles parties sous l'influence des mouvements communiqués, s'atténuant dans d'autres circonstances lorsque, par exemple, le sujet est distrait. Elle cesse pendant le sommeil pour reparaître au réveil avec des caractères identiques. Elle est rarement accompagnée de troubles de la sensibilité. Enfin elle résiste d'ordinaire aux aesthésiogènes et aux modificateurs généraux de la nutrition tels que l'électrisation, l'hydrothérapie, et relève tout particulièrement d'un traitement psychique approprié.

La forme cérébrale de la contracture hystérique, ainsi que nous l'entendons ici, se rapproche des contractures que M. Dally désigne sous le nom de contractures d'appréhension ou d'adaptation. Peut-être au point de vue clinique y a-t-il similitude complète; dans tous les cas, nous ne saurions admettre ni la dénomination de M. Dally, ni la raison physiologique qu'il invoque [1].

[1] DALLY. *Gazette hebdomad.* 1874 *et Société de thérap.* 28 *déc.* 1881. Travail sur le *traitement des contractures.*

M. Dally les désigne également sous le nom de pseudo-contractures. Elles sont dues, suivant lui, à l'appréhension qu'éprouvent les malades à la suite des tentatives de redressement ou de flexion qui ont été exercées sur des membres atteints d'une légère arthrite ou péri-arthrite liée au traumatisme, au refroidissement ou à toute autre cause. Le souvenir des douleurs endurées détermine un état de cérébration inconsciente qui se traduit par une résistance énergique à tout mouvement imprimé au membre malaxé; d'où, équilibre musculaire rompu, sans qu'il y ait pour cela contracture : prédominance tonique de certains muscles et parésie des autres. La rigidité disparaît pendant le sommeil. Le traitement doit d'abord être mental. Ainsi donc, suivant M. Dally, la pseudo-contracture est toujours précédée d'arthrite ou de péri-arthrite, elle a sa source dans les douleurs provoquées par les manœuvres thérapeutiques; elle est entretenue par un état de cérébration inconsciente; l'attitude vicieuse est due à la prédominance tonique de certains muscles et à la parésie des autres; enfin un des grands caractères de la pseudo-contracture est de céder pendant le sommeil.


Fig. 11 — Contracture hystérique du membre inférieur droit.

Pour nous, la contracture de forme psychique n'est pas nécessairement liée à une arthrite ou péri-arthrite; elle existe avant que les tentatives de réduction aient été faites ; ces tentatives, il est vrai, ont pour influence de l'accroître : enfin c'est une véritable contracture dans laquelle les antagonistes sont pris au même degré, comme dans la forme vulgaire. Pour le reste, nous nous rapprochons de la description de M. Dally : siège cérébral et cessation pendant le sommeil.

Nous allons revenir avec quelque détail sur plusieurs des signes indiqués tout à l'heure.

A. — *Attitude du membre contracturé.*

Sans attacher plus d'importance qu'il ne convient aux caractères tirés de l'attitude du membre, je rappellerai que la contracture de forme vulgaire imprime aux membres une attitude sur laquelle les auteurs, en particulier M. Charcot, n'ont pas manqué d'attirer l'attention.



Fig. 12. — Contracture hystérique du membre inférieur droit.

Le membre supérieur est fléchi dans ses divers segments. Au contraire le membre inférieur se place dans l'extension, le pied dans l'attitude du pied bot équin, souvent varus (pied bot hystérique) (fig. 9 et 10). Dans la forme psychique, il n'existe rien de pareil, et jusqu'ici les cas que nous avons observés sont en contradiction complète avec la loi qui régit la forme vulgaire. Dans un cas, le membre inférieur est contracturé dans la flexion, le talon touche la fesse (fig. 11). Une autre malade dont l'observation a déjà été publiée (*Nouv. Iconographie*, t. II, p. 208) a, par contre, la jambe étendue, et la cuisse également, mais l'attitude du pied qui est en flexion dorsale exagérée s'éloigne singulièrement de l'attitude classique ou pied bot hystérique (fig. 12 et 13). Enfin, chez d'autres, les contractures qui revêtent la forme erratique immobilisent les membres dans les positions les plus étranges sans qu'il soit possible de les rattacher à un type de prédilection.

B. — *Degré d'intensité de la contracture.*

Un des caractères de la contracture vulgaire est son intensité et l'immobilité absolue des parties contracturées auxquelles il est



Fig. 13. — Attitude du pied chez la malade représentée fig. 12.

impossible d'imprimer le plus léger mouvement. Ici la contracture est rarement aussi intense. Les membres contracturés sont parfois susceptibles de subir les mouvements communiqués, de peu d'étendue, il est vrai. Et, dans tous les cas, la contracture ne persiste pas au même degré sans variation aucune. Spontanément et sans cause appréciable, elle subit des rémissions et des exacerbations. L'attitude du membre peut s'en trouver légèrement modifiée d'un moment à l'autre. Parmi les causes qui influent sur l'intensité de la contracture, on peut citer les suivantes. L'attention vivement captivée et portée sur un sujet étranger à la maladie en atténue d'ordinaire le degré : c'est ainsi que, lorsque la jeune fille B. (Obs. *Nouv. Iconographie*, t. II, p. 208) lisait attentivement un livre, on pouvait voir son pied s'abaisser, et la contracture se relâcher un peu. Par contre, l'attention du sujet attirée sur son mal produisait l'effet opposé : la contracture augmentait, et en général toutes les émotions et impressions morales vives, de même que toutes les excitations physiques, ont la même influence.

En outre, les tentatives qui ont pour but de chercher à modifier de force l'attitude du membre contracturé en accroissent instantanément la raideur. C'est ainsi que chez notre malade B..., dont le membre inférieur était contracturé en extension, tandis que pendant qu'elle était abandonnée à elle-même on voyait la rotule subir spontanément quelques mouvements d'ascension ou de descente, aussitôt qu'on essayait de fléchir son membre, la rotule s'immobilisait tirée par en haut par le droit antérieur, et les reliefs de la cuisse s'accentuaient. Chez cette malade également, tandis que pendant la marche, qui malgré la rigidité du membre inférieur s'effectuait assez bien, l'articulation de la hanche paraissait le siège de quelques mouvements, lorsqu'on essayait en soulevant le membre contracturé d'imprimer quelques mouvements à l'article, on se heurtait à une rigidité absolue. D'ailleurs, cette malade était dans l'impossibilité complète de s'asseoir.

Chez une autre malade cette exaspération de la contracture était encore plus réelle. Nous l'avons observée plusieurs fois avec une rigidité complète du membre inférieur. La raideur des différents segments augmentait au fur et à mesure qu'on essayait de les fléchir, et, si l'on soulevait le membre par le pied, il se levait

tout d'une pièce et le bassin entraîné avec lui quittait le plan du lit, le tronc ne reposant plus que par la partie supérieure du dos. Et cependant, l'articulation de la hanche, dont les manœuvres précédentes démontrent la contracture, redevenait libre dès que le membre n'était plus l'objet d'aucune tentative. Et d'elle-même la malade pouvait parfaitement s'asseoir sur son lit. Dans ce mouvement un doigt appliqué sur l'épine iliaque antérieure et supérieure permettait de constater avec la dernière évidence les mouvements du bassin sur les deux fémurs.

Voici d'ailleurs l'intéressante observation de cette malade :

OBSERVATION II

CONTRACTURE ERRATIQUE SANS TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. — PARALYSIE TRANSITOIRE. — DIATHÈSE DE CONTRACTURE, FORME SOMNAMBULIQUE

Albertine G., vingt ans. — La malade a encore ses parents, des frères et des sœurs qui se portent bien. Un de ses oncles maternels est mort fou ; un de ses frères est mort de méningite, un autre de convulsions, et enfin une de ses petites cousines du côté de sa mère a des crises de nerfs. Quant à elle, elle est d'un tempérament nerveux, a des maux de tête fréquents, des angines. Elle raconte qu'étant toute jeune fille elle grinçait souvent des dents. Il y a cinq ans est survenue une contracture localisée au pouce de la main droite. Ce doigt était appliqué dans la paume de la main. Sous l'influence de l'électricité, au bout de trois mois, la contracture a cédé, et les mouvements ont commencé à revenir.

Depuis, la contracture s'est montrée successivement dans diverses parties du corps, et apparaissait surtout le matin au réveil. Elle durait un ou deux jours et quelquefois jusqu'à six ou sept semaines. Elle ne persistait pas pendant le sommeil, se montrait aux membres, passait alternativement d'un côté à l'autre du corps; dans les reins où elle a duré sept semaines ; au cou, la tête était alors penchée sur l'épaule gauche portée elle-même en haut, de sorte qu'entre l'épaule et la tête on ne pouvait même pas passer le doigt. La contracture a siégé également aux deux paupières et

y a duré quatre jours, à la langue, aux mâchoires où elle a duré trois jours. Ces diverses manifestations s'accompagnaient parfois d'élancements douloureux.

Pour les faire cesser, il suffisait de frictionner légèrement les parties contracturées; et, depuis deux ans qu'on a reconnu ce moyen, les contractures ont toujours cédé. Auparavant, pour les faire disparaître, on l'avait magnétisée, mais sans résultat.

Depuis le 1er janvier, elle a eu quatre crises hystériques sans perte de connaissance, consistant en mouvements, agitation de tout le corps et ayant duré une heure environ. Elles se sont produites trois fois le jour et une fois pendant la nuit.

État actuel (26 avril 83) : la malade est petite, brune, d'aspect un peu chétif.

1° *État de la sensibilité.* — La sensibilité est conservée dans toutes les parties du corps à la piqûre, au froid, au contact. Il n'y a pas de points douloureux, d'ovarie. La vue est normale : la malade distingue bien les couleurs ; aucun des sens spéciaux ne paraît atteint.

2° *État de la motilité.* — Les deux bras sont à peu près d'égal volume. Cependant l'avant-bras droit présénte un demi-centimètre de plus en circonférence que le gauche. La main gauche est manifestement moins volumineuse que l'autre : en la mesurant circulairement au-dessous du talon de la main, en passant vers le milieu du premier métacarpien, on trouve que sa circonférence n'est que de 17 centimètres, tandis qu'elle mesure 19 centimètres à droite. A gauche l'éminence thénar est excavée ; toute la masse musculaire paraît avoir disparu, et la peau suit la courbure du premier métacarpien sur lequel elle est appliquée. Le pouce gauche lui-même est petit, la peau qui le recouvre est lisse ; il ne présente plus les mouvements d'opposition : la face palmaire ne peut être appliquée contre les autres doigts ; le bord interne peut seul en être approché. Les mouvements de la deuxième phalange sont impossibles, et ceux de la première sont très limités, surtout dans l'extension.

Rien de particulier à l'éminence hypothénar et aux autres doigts. Examen de la pression dynamométrique : *main droite*, 32 ; *main gauche*, 27.

Les réflexes tendineux sont très exagérés aux coudes, aux poignets, des deux côtés ; le réflexe rotulien est également exagéré aux deux jambes : le choc y est suivi de plusieurs mouvements. Le soulèvement de la pointe du pied ne donne pas lieu à la trépidation. Il est cependant probable que, en insistant, on arriverait à la produire, car au bout de cinq à six flexions on en obtient déjà une esquisse.

La contraction paradoxale n'existe pas. La répétition des chocs sur les tendons du poignet amène des mouvements correspondants de la main, mais pas de contracture. Il en est de même aux jambes.

L'excitation mécanique du cubital amène des mouvements dans les doigts, mais, de même que la flexion brusque de la main, elle ne provoque pas la contracture.

Le tiraillement des membres, le massage énergique des muscles de la région antibrachiale restent sans effet.

Mais, si on vient à frotter très légèrement la peau, le membre se contracture immédiatement dans la flexion de ses divers segments, si on excite la peau de la région antibrachiale antérieure, et dans l'extension si on excite la face dorsale. Les mêmes manœuvres produisent également des contractures aux membres inférieurs, mais là elles se font toujours dans la flexion, quel que soit le point cutané excité.

Ces diverses contractures cessent rapidement : elles se reproduisent aussi bien, que la malade ait les yeux fermés ou les yeux ouverts, que les téguments soient excités avec les doigts ou avec un instrument quelconque. Elles apparaissent plus rapidement lorsqu'on les a provoquées un certain nombre de fois, mais ne durent pas plus longtemps.

Examen électrique (*faradisation*). — Tous les muscles de l'avant-bras gauche se contractent très bien avec la division n° 10 de l'appareil à chariot de Dubois-Raymond. Le fléchisseur propre du pouce entraîne fortement la première phalange, et, si la deuxième ne suit pas le mouvement, c'est qu'il existe un certain degré d'ankylose dans son articulation avec la première. On ne peut faire contracter le long extenseur du pouce : la malade ne peut d'ailleurs, dans les mouvements volontaires, obtenir le mouvement qu'il produit. Il paraît manquer.

Les muscles de l'éminence thénar donnent des contractions très nettes : mais ils sont tellement peu volumineux, qu'ils n'impriment au pouce que des mouvements insignifiants. C'est à peine s'il existe une esquisse du mouvement d'opposition.

Les interosseux dorsaux se contractent bien. Les nerfs cubital, médian, radial répondent bien à la faradisation.

Ces diverses expériences n'ont pas amené de contracture.

27 avril. — La malade sent pendant la journée des secousses dans le membre inférieur droit, et vers le soir tout d'un coup, sans cause apparente, ce membre s'est contracturé. Dans la nuit, les douleurs ressenties auraient réveillé plusieurs fois la malade. A chaque réveil, le membre était contracturé ; on ne saurait cependant pas affirmer que la contracture ait persisté pendant le sommeil.

28 avril. — Le matin, la jambe est contracturée dans l'extension, le pied en équin direct. La malade étant dans le décubitus dorsal, si on cherche à soulever le membre, on entraîne une partie du bassin, et le tronc se soulève en même temps. Le genou, le pied résistent à toute

tentative de flexion. La malade peut s'asseoir sur son lit, et, en mettant la main sur l'os coxal, on voit qu'il suit les mouvements du tronc, et que la flexion a lieu dans l'articulation coxo-fémorale. Il en résulte que cette articulation n'est que transitoirement contracturée, et seulement à l'occasion des mouvements imprimés au membre inférieur. Quelques frictions légères font disparaître la contracture.

3 mai. — Ce matin, la malade se réveille le pied gauche dans l'attitude du pied bot équin légèrement varus. Le pied, quoique ne pouvant être remis dans l'attitude normale, peut cependant exécuter quelques légers mouvements provoqués, mais les mouvements volontaires sont impossibles. Les mouvements qu'on cherche à imprimer au pied exagèrent la contracture, et comme dans les contractures hystériques vulgaires, ils sont empêchés dans les deux sens. Un aimant est mis à proximité de la jambe droite. A ce moment, les réflexes sont exagérés, et, quand la malade pose la pointe du pied gauche à terre, le membre est pris d'un tremblement continu. Au bout d'une demi-heure, l'application de l'aimant n'ayant produit aucun résultat, on fait disparaître la contracture par quelques frictions légères sur le dos du pied et la face externe de la jambe.

12 mai. — La malade présente une contracture de la jambe droite survenue le matin au réveil. On applique un aimant pendant une heure et demie près de la jambe sans résultat. Les frictions légères, après être demeurées longtemps infructueuses, font enfin disparaître la contracture.

19 mai. — Les deux membres inférieurs sont contracturés dans l'extension pour le membre droit, la gauche étant légèrement fléchi dans l'articulation du genou, sans que d'ailleurs il soit possible de le fléchir davantage ou de le redresser. Comme l'autre fois (28 avril), on entraîne le bassin par les mouvements provoqués du membre inférieur, mais la palpation de l'os coxal pendant les mouvements du tronc fait voir que l'articulation coxo-fémorale est libre et ne se contracture que transitoirement à l'occasion des mouvements imprimés au membre inférieur.

A la fin de ces différentes manœuvres, la contracture gauche s'est modifiée : la flexion a disparu et le membre s'est mis, comme le droit, dans l'extension.

Les frictions légères avec la main ou avec un morceau de carton ne parviennent pas à faire disparaître la contracture. La sensibilité est conservée.

A ce moment le membre gauche s'est mis en pronation : de légères frictions faites avec la main font, à ce moment, disparaître la contracture du côté gauche, mais au bout d'une à deux minutes elle reparaît brusquement.

19 mai, dix heures trente soir. La contracture persiste pendant le sommeil : son attitude paraît conservée, mais le pied gauche saisi semble plus flexible : le soulèvement des draps réveille aussitôt la malade. Elle est contracturée.

22-23 mai, minuit trente. — Les deux bras son libres au-dessus des draps : on peut les fléchir et les étendre à volonté sans qu'ils offrent de résistance, de même les doigts et les mains.

Les jambes paraissent également flasques, mais la malade se réveille quand on la découvre, et immédiatement la contracture des membres inférieurs reparaît. La malade s'était endormie avec une contracture du membre supérieur gauche ; cette contracture reparaît aussitôt au réveil, tandis que, pendant le sommeil, ce membre était absolument flasque.

La surveillante préposée au service de nuit assure que vers le matin, les membres inférieurs, avant le sommeil contracturés dans l'extension, changent de position et se fléchissent spontanément pour redevenir rigides et s'étendre aussitôt après le réveil.

23 mai. — La contracture des membres inférieurs a complètement disparu, mais peu à près le sterno-mastoïdien du côté gauche s'est contracturé. La tête est abaissée sur l'épaule droite qui est elle-même légèrement portée en haut. En même temps, la malade présente de l'aphonie : elle parle à voix basse et au prix de grands efforts, et ne peut articuler les mots à haute voix. Aussitôt qu'elle se place dans le décubitus dorsal, la contracture disparaît, et la voix redevient un peu plus forte ; mais aussitôt que la malade se replace sur son séant, contracture et aphonie reparaissent.

Des frictions sur le sterno-mastoïdien droit font changer la contracture de côté, mais cette nouvelle contracture présente ceci de particulier que le décubitus dorsal ne la fait pas disparaître. On fait quelques légères frictions sur le côté gauche, et presque immédiatement les muscles de ce côté se contractent comme un ressort, et la tête de la malade vient frapper sur le fer du lit. On la redresse, et renversée dans le décubitus dorsal elle paraît complètement anéantie, immobile comme si elle était en léthargie : cependant elle ne dort pas, et ses yeux sont maintenus fermés par une contracture des paupières.

24 mai. — Ce matin au réveil, la malade était complètement libre, la voix plus forte. Vers huit heures, contracture du bras gauche dans l'extension : il est fortement appliqué contre la cuisse. Les manœuvres qu'on fait sont douloureuses et modifient légèrement l'attitude de la contracture. La friction sur la face postérieure du membre le place dans la flexion de ses divers segments.

On faradise la peau avec l'excitateur à double pointe, puis avec

l'excitateur en balai, sans aucun résultat. Cette exploration est douloureuse et aurait même exagéré un peu la contracture.

Application d'une bande d'Esmarck qu'on enlève au bout de dix minutes ; la contracture a disparu ainsi que toute trace de raideur. A ce moment, les mouvements volontaires sont impossibles. L'excitation cutanée ne produit pas de contracture, tandis que du côté gauche l'excitation cutanée la fait rapidement apparaître ; l'anémie a détruit la contracture, mais en même temps réduit le muscle à l'impuissance.

Les réflexes tendineux existent sur le membre paralysé et sont à peu près semblables à ceux de l'autre côté. Au bout de quelques minutes, la malade commence à remuer le petit doigt, puis les autres ; la paralysie du pouce seul persiste, mais la faradisation la fait promptement disparaître.

Il est à remarquer que d'ordinaire l'application de la bande d'Esmarck ne détruit la contracture que d'une façon temporaire : elle reparaît dans toute son intensité avec le retour du sang, aussitôt la bande de caoutchouc enlevée.

25 mai. — Ce matin, la malade a eu une crise de grands mouvements désordonnés, projection des membres dans toutes les directions, arc de cercle, etc., pas de cris, pas de rage, pas de morsure, pas de perte de connaissance. Les grands mouvements sont interrompus par des périodes de contorsions qui rappellent celles de la grande attaque, contorsions qui durent peu et se modifient d'un instant à l'autre. Après une heure de durée sans interruption, la malade est demeurée contracturée, immobile, étendue sur le dos, les bras croisés sur la poitrine, les yeux fermés et les jambes étendues.

Le moindre attouchement ramène la crise, et l'exagère quand elle existe. Aucun signe épileptoïde.

La compression de l'ovaire est douloureuse, mais n'arrête pas les mouvements. La crise a débuté à neuf heures, à onze heures elle n'était pas encore finie.

31 mai. — Depuis deux jours la malade est impuissante à remuer les doigts de la main gauche. Les mouvements du poignet, du coude, de l'épaule persistent.

Les doigts sont en demi-flexion, ne pouvant être étendus ni fléchis davantage. Ils ne sont le siège d'aucune raideur, se laissent facilement ramener à l'extension complète, mais à peine livrés à eux-mêmes ils reviennent rapidement à la demi-flexion. Il s'agit donc là d'une paralysie, puisque les mouvements volontaires des doigts, aussi bien dans la flexion que dans l'extension, sont complètement abolis ; il n'y a pas de contracture ni dans les extenseurs ni dans les fléchisseurs, puisque les

doigts se laissent facilement déplacer dans tous les sens. Il existe vraisemblablement une augmentation de la tonicité des fléchisseurs qui à la façon d'un ressort maintiennent et ramènent les doigts dans la demi-flexion. La contractilité faradique persiste.

1[er] juin. — Les mêmes accidents paralytiques persistent. Les doigts ont conservé la même attitude, mais sont cependant un peu plus fermés.

4 juin. — Hier soir, à la suite de quelques douleurs éprouvées dans la main, les doigts se sont étendus, et nous trouvons ce matin la malade dans l'état suivant : les doigts sont dans une attitude indifférente très légèrement fléchis ; leur paralysie est complète, tout mouvement volontaire y étant impossible.

Au poignet, on observe une paralysie incomplète des fléchisseurs et des extenseurs, mais avec des caractères variables pour chacun des deux groupes musculaires. Quand la main est en pronation, le poignet tombant, la malade ne peut qu'à grand'peine lui faire exécuter quelques légers mouvements. Lorsqu'on soulève la main dans l'extension, la malade peut la maintenir, mais seulement quelques instants et au prix de grands efforts.

Quand on place la main en supination, on observe une tension des fléchisseurs du poignet dont la saillie apparaît sous la peau et qui maintiennent la main dans un certain degré de flexion : la main se laisse déplacer dans le sens de l'extension, mais elle revient aussitôt dans l'attitude première de flexion légère attirée par les fléchisseurs dont on voit les tendons animés de petits tremblements ; les mouvements volontaires de flexion peuvent s'exécuter, mais très lentement et avec peine, l'attitude de flexion prononcée ne pouvant être maintenue que quelques instants par la malade.

Les réflexes tendineux à la face dorsale du poignet n'existent pas. A la face palmaire, il est difficile de les distinguer au milieu des tremblements provoqués par la percussion des tendons ; dans tous les cas, on ne perçoit pas de mouvements nets de flexion du poignet. Au coude, au contraire, réflexes très exagérés.

L'excitation cutanée légère à la face palmaire du poignet amène la flexion durable en contracture, qu'on détruit par la friction à la face dorsale. La friction de la face dorsale produit également la contracture du poignet en flexion. Enfin, quel que soit la point où porte l'excitation cutanée, la contracture qui en résulte est toujours, au poignet, en flexion et jamais en extension. En outre, dans ces contractures, les doigts sont fléchis dans l'articulation métacarpo-phalangienne, les autres articulations restant étendues.

Comme toujours, les excitations des nerfs, des muscles et des tendons ne donnent aucun résultat.

La sensibilité cutanée est intacte.

En résumé, nous observons, en outre de la paralysie complète des doigts, une paralysie incomplète des muscles fléchisseurs et extenseurs du poignet, avec un état de tension permanente des muscles fléchisseurs seuls.

7 juin 1883. — Depuis avant-hier au soir, la paralysie a envahi tout le membre supérieur gauche. Flaccidité absolue du membre retombant inerte quand on le soulève, pas la moindre trace de raideur dans aucun de ses segments. Les réflexes tendineux persistent au coude ; au poignet, ils ont disparu à la face dorsale ; ils existent à la face palmaire.

Spontanément, la malade est incapable de faire aucun mouvement; mais, lorsqu'on prend le membre, et que, le plaçant dans une situation donnée, on lui dit de faire tous ses efforts pour la garder, elle arrive à maintenir son membre soulevé pendant quelques secondes, puis il retombe brusquement.

La sensibilité cutanée persiste au même degré que de l'autre côté. Les frictions cutanées légères produisent et font disparaître tour à tour des contractures comme du côté sain, avec cette différence toutefois qu'elles se produisent beaucoup moins rapidement. Des deux côtés, les contractures provoquées persistent, et il faut une nouvelle friction pour les faire disparaître.

Au toucher, on remarque une différence très notable de température entre le membre supérieur droit et le gauche, sensation que confirme l'examen thermométrique : bras gauche (bras paralysé), 29°,2 ; bras droit, 32 degrés.

Le thermomètre a été appliqué à la face externe de la partie inférieure du bras, au même point des deux côtés.

D'après la malade (son père, dit-elle, l'a constaté), la paralysie disparaît pendant le sommeil : elle remue son bras. Elle-même, le matin au réveil, est surprise de retrouver l'usage de son membre : alors elle essaie d'exécuter des mouvements afin de se rendre compte de la disparition de la paralysie. Ces efforts paraissent n'avoir pour résultat que de ramener l'impuissance motrice, qui au bout de quelques instants est complète.

8 juin. — Ce matin, la malade est au lit contracturée du membre inférieur gauche en extension. Les frictions légères n'ont pour effet que d'augmenter la contracture dans un sens ou dans l'autre, mais ne parviennent pas à la détruire.

La paralysie du membre supérieur gauche persiste. Les doigts sont contracturés en flexion. La main se laisse cependant ouvrir si on emploie quelque force, mais elle se referme aussitôt.

10 juin. — Dans la matinée, la paralysie du membre supérieur droit

disparaît presque subitement à la suite de quelques frictions. La contracture de la jambe gauche disparaît de même.

Les règles se sont montrées aujourd'hui.

13 juin. — Depuis le lundi 11, contracture du pied gauche.

14 juin. — Le pied est toujours contracturé dans la même situation qu'hier, légèrement étendu sur la jambe et dans l'attitude du pied bot équin. La malade dit que lundi, en se réveillant, elle portait cette contracture. Les frictions légères sur la jambe exagèrent la contracture en extension ou en flexion du pied sur la jambe, mais ne peuvent enlever la contracture existante. Pendant ces manœuvres le genou s'est contracturé, mais la friction sur la face postérieure de la partie inférieure de la jambe fait disparaître cette contracture.

Nous perdons de vue la malade.

L'instabilité de la contracture était encore plus marquée chez une malade que j'ai eu l'occasion d'observer avec M. le Dr Paul Sollier. La contracture affectait les deux membres inférieurs, empêchant complètement la marche. Mais l'attitude des membres était variable, bien que la contracture fût toujours présente, mais à un degré différent, il est vrai. Elle s'exaspérait sous l'influence de la plus légère émotion et lorsque l'attention de la malade était dirigée sur ses membres. Le même résultat se produisait sous l'influence des excitations mécaniques quelconques, et des tentatives faites pour modifier les attitudes. Il en était de même du simple frôlement de la peau. Non seulement le degré de la contracture s'exagérait, mais elle envahissait temporairement le bassin et jusqu'aux membres supérieurs. Enfin toute contracture cessait quand la malade était au lit.

En résumé, il résulte donc de nos observations que l'exagération de la contracture sous des influences variées comporte différents degrés : ou bien l'exagération se borne aux parties contracturées, ou bien, en outre, la contracture s'étend temporairement à quelque partie indemne d'ordinaire.

C. — *Résolution pendant le sommeil.*

Nous avons vu que la contracture hystérique vulgaire persiste pendant le sommeil, sans aucune atténuation. C'est ici que la

distinction devient capitale. Pendant le sommeil, la contracture psychique disparaît complètement pour reparaître avec le retour de l'activité cérébrale au réveil, ou même quelques instants auparavant. Chez B..., le membre inférieur droit contracturé en extension se fléchissait pendant le sommeil, dans les attitudes les plus variées et à tous les degrés. Mais un des premiers indices précurseurs du réveil, avant même qu'il soit effectué, était l'extension de la jambe et le retour de la contracture. Lorsque le sommeil était imparfait, troublé, la contracture ne cessait qu'incomplètement.

Il faut, en effet, pour que la résolution de la contracture soit complète, que le sommeil soit calme et profond. C'est ce dont nous avons pu nous convaincre également chez notre malade de l'observation II. Cet examen n'est pas facile et demande parfois une certaine habileté. La malade ne doit pas être prévenue la veille de la visite dont elle sera l'objet pendant la nuit. Cette simple appréhension suffit pour empêcher le sommeil d'être aussi profond et entraver la résolution de la contracture. Enfin, la rapidité avec laquelle la contracture réapparaît, avant même que la malade soit complètement réveillée, doit tenir l'observateur en garde et lui suggérer les précautions dont il doit s'entourer. Dans les cas où la contracture ne cède pas complètement pendant le sommeil, elle s'atténue pour le moins notablement.

D. — *Rareté des troubles de la sensibilité.*

Presque constants dans la forme vulgaire, qu'il y ait hyperesthésie ou anesthésie, les troubles de la sensibilité sont pour le moins plus rares ici. Chez trois malades dont nous avons recueilli les observations, la sensibilité était parfaitement intacte.

E. — *Impuissance des aesthésiogènes.*

Nous avons vu de quelles ressources sont les applications aimantées pour le déplacement, et enfin la disparition de la con-

tracture hystérique. Ici, nous avons fait des tentatives qui toutes ont été infructueuses. La malade B... a résisté à tous les modes de traitement (aesthésiogènes, métaux, aimants, électricité statique). Jamais nous n'avons pu obtenir le transfert de la contracture de notre malade (Obs. II) par l'application des aimants, même après des séances de deux heures de durée. Il en a été de même des autres cas que nous avons observés.

Quant à la durée et à la marche, elles ne paraissent guère différer dans les deux formes. Nous voyons, dans quelques cas, une contracture tenace, toujours localisée au même membre, et qui dure aussi plusieurs années. Chez d'autres, au contraire, la contracture est erratique et affecte successivement différents points du corps, après y être demeurée fixe de quelques jours à plusieurs mois.

Je résumerai dans un tableau synoptique les caractères différentiels de ces deux formes de la contracture hystérique :

Contracture hystérique

FORME VULGAIRE PERMANENTE	FORME PSYCHIQUE
Degré intense, invariable.	L'immobilisation des parties contracturées est moindre. La raideur varie d'un moment à l'autre. L'attitude des membres peut se modifier légèrement. Elle s'exagère sous l'influence des manœuvres et de l'attention.
Persistance pendant le *sommeil*.	Cesse pendant le sommeil pour reparaître au réveil.
Attitudes des membres : flexion pour le membre supérieur ; extension pour le membre inférieur.	Souvent, attitudes contraires ; en tous cas, n'obéissant à aucune loi.
Troubles de la *sensibilité* très fréquents.	Très rares, le plus souvent sensibilité intacte.
Disparaît ou diminue par l'*aimant*.	Résiste aux aesthésiogènes.

ARTICLE IV

PARALYSIES ET CONTRACTURES DANS L'HYSTÉRIE INFANTILE

Dans l'évolution de la grande névrose, les paralysies et les contractures sont souvent une des premières manifestations. Ces troubles de la motilité apparaissent isolés chez des enfants de huit à quatorze ans qui sont marqués au coin de l'hystérie par leurs ascendants, et chez lesquels la névrose apparaîtra plus tard avec tout le cortège habituel de ses manifestations. De là, l'importance de l'étude de ces accidents de l'enfance, accidents dont la véritable nature est souvent méconnue, et qui, appréciés comme il convient, sont d'un si grand intérêt et emportent avec eux les indications les plus précieuses au point de vue de la santé à venir des jeunes sujets.

Ces premières manifestations hystériques n'attendent point l'époque cataméniale pour se révéler. Ils apparaissent dès cinq ou six ans, mais leur plus grande fréquence est de huit à quatorze ans. Les jeunes garçons y sont sujets aussi bien que les petites filles ; il est à remarquer que, chez les premiers, ils sont souvent accompagnés de quelque anomalie des organes génitaux (évolution incomplète des testicules).

L'habitus extérieur des enfants atteints d'hystérie offre-t-il des caractères particuliers qui puissent faciliter le diagnostic ?

« Ce sont ordinairement, dit J. Simon, des fillettes de huit à douze ans, quelquefois plus jeunes encore, sujettes à pleurer ou à rire sous les prétextes les plus futiles, et douées d'une vive imagination et d'une intelligence remarquable. Elles se distinguent dans toutes les études, surtout dans la musique, le dessin, et pos-

sèdent un talent naturel d'imitation. Elles pratiquent volontiers le mensonge, et jouent d'instinct la comédie. » Elles ont des allures, une physionomie au-dessus de leur âge. Les jeunes garçons présentent aussi parfois un caractère analogue. Un jeune garçon, cité par M. Charcot, avait pris des goûts de fille.

Mais il y aurait erreur à croire que l'hystérie infantile se présente toujours avec cette physionomie, et, tout en admettant que cette description réponde à la généralité des cas, nous avons noté maintes fois des dispositions mentales opposées et un tempérament ne rappelant en rien le tempérament dit hystérique. Ce sont des enfants forts, bien constitués, à intelligence moyenne et bien équilibrée, chez lesquels l'hystérie borne ses manifestations aux troubles de la motilité et de la sensibilité ; pas de pleurs faciles, de rires nerveux ni d'attaques convulsives.

D'ailleurs, chez les adultes, nous retrouvons cette distinction, et fréquemment les cas d'hystérie non convulsive se montrent en dehors du tempérament hystérique. Ce qu'on appelle le tempérament hystérique est un signe de la névrose au même titre que les diverses manifestations somatiques ; il peut manquer de même que ceux-ci ; et cette dissociation se produit dans les cas d'hystérie incomplète, telle que l'hystérie non convulsive et en particulier l'hystérie des enfants.

Toutes les manifestations de l'hystérie confirmée peuvent se montrer plus ou moins isolées, et à l'état d'association variée chez les enfants, depuis les troubles les plus légers de la sensibilité jusqu'aux grandes attaques. Mais je n'ai le dessein d'attirer ici l'attention que sur les troubles de la motilité, et c'est l'intérêt particulier de ce chapitre que, plus que toutes les autres manifestations hystériques, les troubles de la motilité isolés simulent le mieux les affections chirurgicales ou les maladies organiques du système nerveux, et que les erreurs de diagnostic dont ils peuvent être l'objet sont particulièrement faciles, surtout si l'on songe que les enfants qui en sont atteints peuvent ne présenter aucun signe qui trahisse l'hystérie.

Parmi les troubles de la motilité le plus fréquemment observés chez les enfants, je me contenterai d'énumérer ici :

Les paraplégies partielles des membres. — La paraplégie par défaut de coordination motrice. — Astasie. — Abasie. — Les

paraplégies spasmodiques. — Les contractures partielles des membres. — Le torticolis hystérique, forme intermittente. — Le spasme de l'orbiculaire. — Le ptosis peudo-paralytique. — La contracture des muscles de l'accommodation. — La coxalgie hystérique. — L'aphonie. — Le spasme laryngé. — La toux spasmodique. — Le hoquet. — L'œsophagisme. — Le vomissement. — La tympanite. — La rétention d'urine, etc.

Tous ces divers accidents seront étudiés plus loin avec détails, dans la seconde partie de ce mémoire.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS

Je ne suivrai point l'exemple des auteurs qui rangent parmi les complications des paralysies ou des contractures hystériques les troubles variés de la sensibilité, anesthésie, hyperesthésie, qui s'y surajoutent si fréquemment.

A notre point de vue, les troubles de la sensibilité font partie du tableau symptomatique de la contracture ou de la paralysie. Les cas dans lesquels les troubles moteurs hystériques sont complètement indépendants du trouble de la sensibilité sont des cas d'exception. Il n'y a donc pas lieu de considérer comme une complication la réunion des symptômes morbides qui d'ordinaire font partie du même tableau symptomatique. Il convient simplement d'y voir des formes cliniques variées, ainsi que nous avons eu soin de le faire ressortir.

J'en dirai autant de la contracture qui se rencontre si fréquemment dans les membres paralysés. Les connexions si intimes qui relient la paralysie à la contracture ne permettent pas de les séparer dans une description symptomatique et de les considérer comme des affections distinctes dont la réunion constituerait une complication.

En général, les paralysies et les contractures hystériques (troubles de la motilité) peuvent se mêler plus ou moins aux autres manifestations de la grande névrose dont eux-mêmes dépendent. Les véritables complications des paralysies et des contractures hystériques consistent dans les troubles de la nutrition — atrophie ou rétraction musculaire, — amenant dans le tissu musculaire ou

fibreux des modifications de texture indélébiles et qui rendent l'affection incurable ou susceptible d'être améliorée par les seuls procédés chirurgicaux.

Nous avons vu précédemment que l'atrophie musculaire peut se montrer dans les muscles atteints de paralysie hystérique. Ces cas nouvellement observés sont encore peu nombreux. L'atrophie est simple et guérit le plus souvent. Mais elle peut s'accompagner de mouvements fébrillaires et de la réaction de dégénérescence. Chez trois malades cités par Dutil et Gilles de la Tourette [1], l'atrophie occupant la main avait complètement détruit un certain nombre de muscles qui vraisemblablement ne se régénéreront jamais. Voilà donc une complication heureusement fort rare de la paralysie hystérique, et qui peut rendre permanente l'impuissance d'un membre ou, tout au moins, de certains muscles.

La contracture peut également se compliquer de lésions des tissus dont l'effet est d'immobiliser le membre contracturé dans son attitude vicieuse, même après la guérison de la contracture.

M. Charcot [2] a démontré que les rétractions fibro-tendineuses qui accompagnent parfois la paralysie spasmodique de nature organique, comme, par exemple, celle qui est la conséquence du mal de Pott, pouvaient également se montrer dans certains cas de contracture hystérique. Quelles sont les causes de cette complication ? M. Charcot serait tenté de les trouver dans une tendance particulière de l'organisme chez certains sujets qui en même temps que de nervosisme sont entachés d'arthritisme, et l'on sait que cette dernière diathèse prédispose tout particulièrement aux inflammations des tissus fibreux.

En quoi, dans ces cas, consiste l'altération des tissus ? Il ne s'agit point de la transformation fibreuse du corps du muscle lui-même. Le tissu musculaire est indemne et garde toutes ses propriétés physiologiques. Mais il se produit un raccourcissement et un épaississement du tendon en même temps que des tissus fibreux environnants. Le muscle tout entier est plus court, et cette diminution dans le sens de la longueur porte sur le corps charnu lui-même. Il en résulte que l'excursion des leviers osseux auxquels s'attache

[1] *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie*, par DUTIL et GILLES DE LA TOURETTE. Nouvelle Iconog., 1889, n° 6.

[2] *Bulletin médical*, 23 mars 1887.

le muscle ainsi modifié est considérablement diminuée. Une autre cause, sur laquelle M. Terrillon a insisté, s'ajoute à la précédente pour limiter encore les mouvements, et consiste, dans un épaississement des tissus péri-articulaires, aboutissant à une véritable ankylose fibreuse. Quand les choses en sont là; la contracture spasmodique peut cesser, le membre n'en resterait pas moins impotent si la chirurgie ne pouvait alors efficacement intervenir, ainsi que nous le verrons au chapitre du Traitement.

Il nous reste à parler maintenant de la coexistence possible de l'hystérie et d'autres états morbides dont les manifestations plus ou moins analogues peuvent jusqu'à un certain point se confondre avec les symptômes hystériques.

Il en résulte une sorte de complexus symptomatique qui tient à la fois des caractères propres aux deux affections en présence, et dont le pronostic varie suivant la gravité de l'affection surajoutée à la diathèse hystérique.

Ces cas, dans certaines circonstances, constituent de véritables complications des paralysies et des contractures hystériques.

Les affinités étroites qui relient la diathèse rhumatismale et la névrose hystérique n'avaient pas échappé à la sagacité des anciens auteurs. Sydenham regardait l'hystérie comme étant souvent de nature arthritique, et Robert Whytt disait : « J'ai reconnu que les maux hystériques étaient causés très souvent par une humeur de rhumatisme ou de goutte. »

Au point de vue particulier des manifestations qui affectent la motilité, l'union des deux diathèses peut exister de la façon la plus étroite, au point qu'il devient très difficile de rapporter à chacune ce qui lui revient en réalité.

Dans d'autres circonstances, c'est l'affection rhumatismale qui débute sur une jointure, puis peu à peu les manifestations hystériques appelés sur ce point par la fluxion rhumatismale s'y substituent si bien, qu'à l'arthrite rhumatismale succède soit une contracture, soit une paralysie de tout le membre dont la nature entièrement hystérique est bientôt démontrée par les symptômes et la marche des accidents.

Les cas où il y a en quelque sorte fusion des deux diathèses dans une même manifestation symptomatique sont les plus graves, et le pronostic varie avec la part qui revient à l'élément rhumatismal.

J'ai eu l'occasion d'observer, avec M. le professeur Charcot, un cas de ce genre chez une jeune fille de vingt et un ans. La diathèse hystérique s'était affirmée par de l'anorexie, des crises de toux nerveuse, des accès d'asthme nerveux, la sensation de boule hystérique, l'apparition de contractures passagères dans les mains, l'hyperesthésie ovarienne, la présence de points douloureux épigastrique, sous-mammaire droit, intercostal gauche, des altérations passagères de la sensibilité spéciale, de la vue, de l'ouïe, une plaque d'analgésie dans la région des seins, etc.

L'affection avait débuté à la suite d'une chute sur le coude gauche qui fut suivie de troubles dont il était difficile de préciser la nature (arthrite ou contracture musculaire, peut-être les deux). Lorsque nous eûmes occasion de la voir, elle était dans l'impossibilité absolue de marcher et même de se tenir debout sans aide. Ce n'est qu'avec la peine la plus grande qu'appuyée sur deux béquilles et soutenue par plusieurs personnes elle pouvait aller de son lit au fauteuil où elle passait étendue la plus grande partie de la journée.

Les caractères de la paraplégie dont était atteinte cette malade offraient un intérêt spécial au point de vue qui nous occupe. Les lésions articulaires des genoux et des articulations tibio-tarsiennes n'étaient pas douteuses. Ces articulations étaient légèrement gonflées, douloureuses au toucher. Les mouvements des membres n'étaient pas assez étendus pour permettre la recherche des craquements. Toutes ces articulations étaient entourées d'une zone d'hyperesthésie cutanée exquise.

En outre de ces symptômes articulaires, il existait une impuissance motrice presque absolue, et les muscles des membres inférieurs étaient le siège d'une contracture générale. Cette contracture différait de la contracture hystérique simple par la persistance de quelques mouvements volontaires très limités; les mouvements provoqués étaient aussi possibles, mais ils étaient très limités par la raideur musculaire et occasionnaient des douleurs dans les muscles. En somme, nous avions affaire ici à une sorte de paraplégie mixte dans laquelle entrait pour une part difficile à préciser la diathèse hystérique et la diathèse rhumatismale.

On dirigea d'abord un traitement électrique contre les articula-

tions malades (courants continus). Puis un traitement hydrothérapique finit par avoir raison de ces accidents.

Je rappellerai ici que l'hystérie peut survenir chez des individus atteints d'intoxication chronique par l'alcool, le plomb, le mercure ou le sulfure de carbone. D'où il suit que les troubles moteurs qui atteignent ces sujets peuvent très bien relever à la fois de la névrose et de l'intoxication. M. Guinon a montré comment dans certains de ces cas, chez les saturnins par exemple, une paralysie de nature purement hystérique pouvait revêtir les apparences de la paralysie saturnine des extenseurs, tout en s'en distinguant foncièrement par des signes non douteux [1]. C'est là, en somme, un de ces exemples de la simulation d'une affection organique par l'hystérie, que M. Souques [2] a récemment étudiés. Mais on comprend très bien la combinaison suivante : une névrite périphérique, due par exemple au saturnisme ou à l'alcoolisme survenant sur un membre atteint déjà de paralysie hystérique. Il en est de même de la combinaison possible de la paralysie hystérique avec les troubles du mouvement succédant aux fièvres graves telles que la diphtérie, la fièvre typhoïde, la scarlatine, etc... Il y a là certainement une complication de nature à modifier singulièrement le pronostic d'ordinaire bénin de la paralysie hystérique, et des difficultés de diagnostic parfois insurmontables.

Enfin il faut également avoir présent à l'esprit que l'hystérie peut exister chez le même sujet avec la syphilis et d'autres affections organiques du système nerveux, telles que la sclérose en plaques, le tabès, la maladie de Friedreich, la myopathie primitive progressive, le mal de Pott. On verra alors les manifestations symptomatiques de ces diverses affections, au nombre desquelles figurent les paralysies et les contractures, se mêler aux troubles du mouvement de nature hystérique. Et le départ de ce qui doit être attribué à la névrose ou à l'affection organique ne sera pas toujours facile à établir.

1 Guinon, *Des agents provocateurs de l'hystérie*, p. 296.
2 *Contribution à l'étude de syndromes hystériques simulateurs.*

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Au point de vue général, l'étude du diagnostic des paralysies et des contractures hystériques doit porter sur les points suivants :

1° Établir la légitimité de la contracture ou de la paralysie en question, ou autrement dit : diagnostic de la simulation ;

2° Rechercher les signes particuliers qui permettent de distinguer la paralysie ou la contracture hystérique des mêmes désordres moteurs dépendant d'autres affections ;

3° Rechercher les signes qui permettent d'établir l'existence de la grande névrose.

I. — Diagnostic de la simulation.

C'est là un point de vue qu'en matière d'hystérie le clinicien ne saurait négliger. Sans tomber dans l'excès d'un certain nombre de praticiens qui prennent prétexte des mensonges et des tromperies familiers aux hystériques, pour ne rien admettre en matière d'hystérie de positif ni de réel, et rayer du même coup du cadre de la pathologie toute une classe d'accidents nerveux, il faut savoir se tenir sur ses gardes, et les dispositions mentales bien connues des hystériques autorisent à leur égard une défiance bien légitime.

L'hystérique qui simule est souvent, en effet, sous le coup d'un état mental particulier qu'il est important de préciser. Tous les auteurs ont dit avec raison que l'hystérique ne trompe pas par

intérêt ; elle cultive le mensonge pour lui-même ; elle n'en fait point un moyen, mais un but. Elle ment, comme on l'a dit, pour l'amour de l'art. Mais il y a plus, l'hystérique n'est pas toujours responsable de sa simulation ; elle y est poussée par impulsion maladive ; elle obéit à des idées confuses qui germent dans son esprit sans qu'elle sache comment et s'imposent au point qu'elle ne peut y résister.

On lira à ce propos, avec intérêt, la confession d'une jeune malade de nationalité russe, atteinte d'hystérie grave avec ovarie, grandes crises, etc..., et qui avait simulé pendant quelque temps une contracture du bras et de la jambe.

Monsieur [1],

Vous m'avez demandé de vous écrire quelles ont été les idées qui m'ont déterminée à faire croire que ma main et mon pied ne peuvent se mouvoir.

Vous dire, Monsieur, l'idée principale est chose impossible, car je suppose qu'il n'y en a point eu. Je ne peux que décrire les idées qui peut-être ont eu une véritable influence. La pensée de ne pas avoir l'usage de ma jambe est venue en chemin de fer après mon départ de Moscou : cette idée, quoique peu nette, ne m'a jamais quittée. Je l'ai combattue pendant longtemps ; à la fin, je me suis vue forcée de l'exécuter comme dernier moyen d'être renvoyée à la maison, car j'avais l'idée fixe que rien ne pourrait guérir mon moral, et que, physiquement, j'étais bien portante, excepté les maux de tête, de dos et de ventre que je pensais être héréditaires, partant incurables. A cette pensée est venue se joindre celle que les sacrifices que mes parents faisaient étaient inutiles ; cependant, pour avoir la conscience tranquille, je me suis dit qu'il fallait rester les quatre ou cinq mois que l'on avait fixés à mon entrée à l'établissement de Passy, puis qu'au bout de ce laps de temps, ne voyant pas de mieux, vous me renverriez à la maison, avouant à mes parents que vous ne pouviez me guérir. Comme premier moyen de vous forcer à me renvoyer, j'ai exagéré chaque mois le nombre et peut-être la force de mes crampes

[1] Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Charcot la communication de cette lettre intéressante.

qui ont suivi les grandes crises. Voyant que vous me deviniez, j'ai abandonné ce plan, et j'ai pris celui de la jambe. Puis, lorsque je me suis convaincue que vous ne vous en troubliez pas, j'ai aggravé mon état par la paralysie de la main. Cette phase n'a pas duré longtemps : mon amour pour le dessin l'a emportée.

Pendant que toutes ces idées traversaient mon esprit, sans cependant être tout à fait claires, M. Pascal m'a donné la piscine. A ce moment-là, je n'avais aucune combinaison arrêtée, convaincue que j'étais qu'en réalité la piscine me ferait mal et qu'on ne me la redonnerait plus. Je supposais alors que j'aurais une grande crise, mais je ne pensais pas de quelle manière elle se manifesterait.

A la suite de la piscine, au moment où j'ai fait semblant d'avoir une contraction à la jambe, toutes les idées dont je vous ai parlé plus haut ne me sont pas venues. J'ai seulement voulu prouver qu'elle m'avait fait tant de mal que je serais forcée de marcher sur des béquilles. Mais voilà que quelques jours après, en m'oubliant, j'ai marché ! Furieuse, je me suis dit : « Tant pis pour eux ! je leur ferai croire que j'ai une maladie bien plus grave. » Depuis ce jour, j'ai commencé à traîner la jambe, d'abord légèrement, de manière à ne pas m'incommoder. Cet état me souriait pour deux raisons : 1° j'avais un prétexte pour ne pas marcher, ce que je n'aimais pas, sentant toujours une grande lourdeur dans les jambes ; 2° j'avais plus de temps pour dessiner, prévoyant que l'on ne me forcerait pas d'aller me promener.

Ce qui a fini d'abîmer mon esprit malade, c'est lorsque j'ai vu que personne ne s'inquiétait de mon état ; alors j'ai continué à traîner ma jambe de plus en plus fort, et à la fin je n'en pouvais plus moi-même, mais j'aurais continué, Dieu sait combien de mois ! si trois circonstances ne s'étaient réunies pour produire un violent choc :

1° Le service de la semaine sainte qui m'a toujours beaucoup impressionnée, et cette année encore davantage ; 2° je voyais que mon état commençait à fatiguer M[lle] D... et à inquiéter ma famille ; 3° la question pécuniaire, car les dépenses auraient augmenté par un surcroît de voitures puisque nous devions nous éloigner de l'établissement.

Maintenant, Monsieur, il ne me reste qu'à vous dire pourquoi, en général, je cherche à tromper si souvent mon entourage. C'est que, la plupart du temps, je souffre beaucoup moralement. Ne pouvant faire comprendre cette douleur aux autres, et en ayant en même temps une envie irrésistible, c'est alors que je faisais semblant de souffrir physiquement ; mon esprit s'éclaircissait, et je me dominais pour ne pas faire de la peine à ceux qui me soignaient.

En général, rien ne m'exaspère et ne m'énerve autant que l'indiffé-

rence. Lorsque je vois que l'on ne me croit pas et que l'on ne fait pas attention à moi, je me tourmente alors pour inventer un moyen qui prouve que je suis malade. Au contraire, rien ne paralyse mes mensonges comme quand je vois que l'on me croit sur parole et que mon état fait de la peine et inquiète.

M. le professeur Charcot, qui soignait la malade, ne se laissa pas prendre à sa supercherie. Et l'on voit quelle influence heureuse cette incrédulité du médecin exerça sur l'esprit de la malade elle-même.

L'étude sérieuse, attentive et méthodique des accidents hystériques est le moyen le plus sûr d'éviter ces écueils et d'arriver à un diagnostic assuré. L'hystérie, comme toutes les maladies, obéit à certaines lois qu'il faut s'attacher à reconnaître et que ne saurait imaginer l'esprit de l'hystérique la plus fertile en inventions.

La simulation des hystériques revêt plusieurs formes sur lesquelles M. Charcot a appelé l'attention. Ou bien l'affection est simulée de toutes pièces, ou bien la malade se borne à exagérer une affection réelle, ou y surajoute des symptômes imaginaires. Dans ce dernier cas, le rôle du médecin devient véritablement embarrassant, et le départ n'est pas toujours facile à établir entre les accidents réels et ceux imaginaires dus à l'artifice du malade. C'est cependant le cas le plus fréquent.

Pour ce qui est des paralysies et des contractures, cette double forme de la simulation se retrouve, mais avec quelques caractères particuliers.

Lorsque la paralysie est simulée, elle n'est le plus souvent que l'exagération de la parésie, si fréquente chez les hystériques. C'est au médecin de rechercher alors l'ensemble des caractères propres aux paralysies hystériques, dont je n'ai pas à refaire ici la symptomatologie. Un détail de minime importance suffira souvent pour éveiller l'attention du médecin et le convaincre de la simulation. C'est, en somme, affaire de tact médical.

La contracture, malgré la difficulté plus grande de la simulation, et peut-être à cause de cela, est plus souvent que la paralysie l'objet de la simulation des hystériques.

Il y a lieu ici d'établir les distinctions suivantes :

a) La contracture est entièrement simulée, c'est-à-dire que le membre est maintenu raide et immobile par l'effort constant de la volonté. Cette forme de simulation peut être facilement déjouée. Il suffit de se rappeler les expériences que nous avons faites sur le mode de résistance de la contracture hystérique aux tractions continues et prolongées. Je n'insisterai pas ici [1].

Il résulte de ces expériences que l'attitude du membre contracturé cède lentement et progressivement sous l'influence d'une traction continue. La contraction musculaire volontaire d'un simulateur cède de la même façon. Et jusque-là aucune différence dans les tracés graphiques, qui puisse faire distinguer la contracture vraie de la contracture simulée; mais les renseignements complémentaires fournis par des pneumographes placés sur la poitrine des deux sujets permettent de déjouer facilement la supercherie. Chez l'hystérique, pas le plus petit trouble respiratoire; chez le simulateur, au contraire, l'irrégularité de la respiration trahit bientôt les efforts qu'il est obligé de déployer pour vaincre la traction ou maintenir l'attitude. Cette irrégularité consiste en des périodes d'apnée avec larges et rapides inspirations, comme dans le phénomène de l'effort. Elle s'accentue encore vers la fin de l'expérience, malgré tous les efforts du simulateur pour maintenir la régularité de la respiration.

b) La contracture est provoquée intentionnellement par le sujet soit sous le simple empire de la volonté [2], soit par la mise en œuvre de procédés connus. L'étude que nous avons faite de la diathèse de contracture rend parfaitement compte de la facilité avec laquelle certaines hystériques peuvent provoquer artificiellement sur elles-mêmes les contractures les plus variées, et les faire disparaître avec la même facilité.

Dans ce cas, la contracture est bien réelle, et l'intervention de la malade ne se manifeste que dans son mode de production. L'état de diathèse de contracture est, à la vérité, pour une hystérique qui cherche à appeler l'attention, une mine facile à exploiter, mais le médecin expérimenté saura reconnaître la présence de cet

[1] Ces expériences ont été rapportées par M. Charcot, *Œuvres complètes*, t. III.

[2] MM. P. Sollier et Malapert ont rapporté récemment un bien curieux exemple de contractures provoquées par un hystérique sur lui-même, par la seule action de sa volonté. (*Contracture volontaire chez un hystérique*. Nouv. Iconographie, n° 2, 1891.)

état nerveux si singulier, et découvrira facilement la supercherie. Une contracture provoquée expérimentalement peut toujours être détruite par des moyens analogues. La contracture spontanée, au contraire, échappe d'ordinaire aux mêmes moyens d'action.

II. — Diagnostic différentiel.

Cette partie du diagnostic sera étudiée lorsqu'il y aura lieu de le faire dans la seconde partie de ce mémoire, à propos des paralysies et des contractures hystériques considérées en particulier.

Je me contenterai ici des quelques considérations générales suivantes.

Il n'est pas un seul des signes des paralysies et des contractures hystériques qui, pris séparément, ne puisse se rencontrer dans les troubles de la motilité dus à d'autres affections. En un mot, il ne faut point s'attendre à trouver un signe pathognomonique des accidents hystériques, et établir sur sa constatation les bases d'un diagnostic certain.

Ce qui devient spécial à l'hystérie, c'est le mode de groupement des différents symptômes, c'est leur mode d'apparition, leur marche et leur terminaison. Le médecin ne négligera donc aucun des renseignements qui peuvent lui être utiles. A un point de vue général, si l'on veut opposer les contractures et les paralysies hystériques aux troubles semblables de la motilité qui dépendent d'autres affections, il y a lieu d'insister sur les particularités suivantes :

A. — *Paralysies.*

Les *paralysies dues à une lésion organique du cerveau* peuvent se rapprocher des paralysies hystériques par la persistance de la contractilité électrique, mais elles s'en distinguent par le degré de la paralysie qui est toujours intense, par la marche qui ne subit point les irrégularités spéciales aux paralysies hystériques, par la rareté de l'anesthésie cutanée, la conservation de la sensibilité électro-musculaire.

Au sujet des paralysies organiques par lésion cérébrale il y a lieu de distinguer suivant qu'elles sont dues à une lésion de l'écorce ou à une lésion des parties centrales des hémisphères.

Les paralysies corticales sont celles qui offrent les plus grandes analogies avec les paralysies hystériques : en effet, ces paralysies sont limitées, incomplètes, transitoires et variables. Elles s'accompagnent fréquemment de convulsions dans le membre.

Ces paralysies s'observent dans les ramollissements superficiels, dans les hémorragies superficielles, dans la méningite, dans la paralysie générale.

L'exagération des réflexes tendineux et la tendance à la contracture peuvent se rencontrer aussi bien dans la *paralysie par lésion spinale* que dans les paralysies hystériques, de même que le début progressif et la persistance de quelques mouvements dans les membres paralysés ; mais, dans les paralysies organiques spinales, les troubles trophiques ne sont pas rares et particulièrement l'atrophie musculaire. La marche ne comporte pas ces améliorations ou même ces guérisons subites, spéciales aux accidents hystériques. Enfin, les troubles de la sensibilité diffèrent essentiellement dans les deux cas.

Les paralysies dues à des lésions des troncs nerveux, et désignées sous le nom de *paralysies périphériques* se distinguent par l'abolition des mouvements réflexes, par la topographie spéciale de l'anesthésie en rapport avec la distribution du nerf affecté. Les réactions électriques de dégénérescence s'y montrent de bonne heure. L'atrophie musculaire survient ensuite.

Dans les *paralysies du saturnisme*, la contractilité électrique des muscles est altérée, mais ils conservent d'ordinaire leur sensibilité. L'akinésie saturnine envahit les membres de haut en bas, frappant d'abord les muscles de l'épaule, puis ceux des bras et ensuite les muscles de l'avant-bras et de la main. La paralysie suit une marche analogue pour le membre inférieur.

Elle ne frappe presque jamais un membre tout entier, et jamais aussi tous les muscles ne sont paralysés au même degré. Certains muscles, toujours les mêmes, perdent leur contractilité électro-musculaire. Ce sont pour les membres inférieurs et supérieurs les extenseurs, pour les épaules le deltoïde.

D'autres sont toujours respectés et conservent leurs propriétés

sensitives et motrices : ce sont le long supinateur et l'anconé
Duchenne de Boulogne insiste beaucoup sur ce caractère de la paralysie saturnine qu'il considère comme pathognomonique.

Les *paralysies alcooliques* se distingueront, en outre de la localisation à certains groupes musculaires (extenseurs) et de l'atrophie musculaire, par les troubles de la sensibilité qui les accompagnent : chaleurs, fourmillements, douleurs très vives...

La paralysie *a frigore* dite rhumatismale et la paralysie par traumatisme, froissement, compression, élongation, déchirement des troncs nerveux, sont caractérisées par une distribution spéciale des troubles de la sensibilité en rapport avec la distribution des rameaux sensitifs du nerf affecté. Elles s'accompagnent également de modifications dans les réactions électriques et d'atrophie musculaire.

Quant aux *paralysies suite de maladies aiguës :* diphtérie, fièvre typhoïde, etc., le diagnostic différentiel, en outre des commémoratifs, s'appuiera sur les caractères suivants : la localisation fréquente au voile du palais, l'envahissement des muscles de la face, le début lent, la marche progressive, l'absence de caractères spasmodiques et des phénomènes de contracture, la faiblesse du pouls, l'état de prostration générale, enfin l'atrophie musculaire et la réaction de dégénérescence.

Enfin les *paralysies post-épileptiques* surviennent toujours à la suite des accès et sont transitoires. Le diagnostic de la nature de l'accès qui les précède est, dans certains cas, de la plus grande importance.

B. — *Contractures.*

Il ne saurait être question ici des contractures qui s'observent parfois dans l'apoplexie cérébrale, et il y a là un ensemble symptomatique qui éloigne toute idée de confusion.

Il n'en est pas de même de la contracture tardive des hémiplégiques. J'y reviendrai plus loin au sujet de la forme hémiplégique de la contracture hystérique.

Le diagnostic des contractures hystériques et des contractures

par lésion organique médullaire sera également discuté plus loin au sujet de la forme paraplégique.

Les contractures réflexes par lésion des nerfs, traumatisme, lésions articulaires, etc., peuvent présenter les plus grandes analogies avec les contractures hystériques. Le diagnostic sera basé sur les recherches de la cause, et sur l'absence de troubles hystériques concomitants.

La contracture essentielle des extrémités ou tétanie, se distinguera par le degré moins intense de la contracture, l'absence des troubles de la sensibilité, sa localisation expresse aux extrémités, et surtout par l'absence de tout autre symptôme permettant de les rattacher à la diathèse hystérique.

III. — Diagnostic de l'hystérie.

Cette partie comprend l'étude des symptômes concomitants.

Cette recherche portera sur les antécédents personnels et héréditaires et sur les symptômes actuels de toute nature. Si les antécédents hystériques sont nettement accusés, la distinction devient facile. Il n'en est pas de même lorsque la contracture ou la paralysie sont les premières manifestations de l'hystérie, comme il arrive souvent dans l'enfance. Aucun renseignement ne saurait être négligé, en raison de l'importance plus grande du pronostic. L'étude de la sensibilité pourra offrir alors les renseignements les plus précieux. On recherchera les points hyperesthésiques, tels que l'ovarie, le clou hystérique, etc. Je ne parle pas de l'hémianesthésie qui est si caractéristique. A son défaut, les troubles sensoriels seront d'un grand intérêt, en particulier les troubles oculaires, le rétrécissement du champ visuel, l'achromatopsie partielle, la transposition du cercle du rouge, la polyopie monoculaire, etc.

CHAPITRE V

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Il y a dans le phénomène de la contracture permanente un problème bien fait pour exercer la sagacité des physiologistes. Ne semble-t-il pas que l'on se heurte ici à une dérogation flagrante aux lois les plus élémentaires de la physiologie qui veut que tout muscle qui travaille se repose ensuite sous peine de mort ? Un muscle contracturé nous apparaît comme un muscle dont l'activité sans repos ni trêve peut se prolonger non pas quelques instants, mais des années, sans ressentir les effets de la fatigue, sans que sa structure normale et ses propriétés physiologiques se trouvent ruinées ou même affaiblies. Au bout de dix ans, la contracture peut cesser tout d'un coup, et le muscle après cet effort qui paraît au-dessus des lois naturelles se retrouve ce qu'il était auparavant. C'est là le problème à résoudre, problème dont M. le professeur Charcot a déjà abordé la solution, dans ses Leçons cliniques, en montrant que la contracture n'était point une contraction prolongée, mais seulement l'exagération d'une propriété du tissu musculaire vivant, le tonus musculaire.

Nous appuierons cette thèse de nouvelles preuves. Puis, après avoir étudié les propriétés physiologiques du muscle contracturé, nous chercherons à déterminer dans quel point du système nerveux se trouve l'altération dynamique qui entretient la contracture.

Il ne saurait être ici question de lésions organiques consistant en une altération de texture appréciable aux moyens variés d'investigation de l'anatomie pathologique. L'hystérie tient le premier rang parmi les névroses, c'est-à-dire parmi les maladies nerveuses sans substratum anatomique connu.

Mais est-ce à dire que tous les troubles fonctionnels si variés qui composent la symptomatologie de l'hystérie se traduisent en dehors de toute altération matérielle des organes? Certainement non. Nous ne pouvons concevoir un trouble fonctionnel quelconque sans une lésion organique qui lui corresponde. Mais cette lésion peut exister pendant la vie et échapper après la mort à nos recherches. Elle peut consister en une simple modification de la composition chimique de l'élément cellulaire, en de fugitifs troubles de la circulation, en des phénomènes de polarisation électrique, etc. etc... Dans tous les cas, cette lésion consiste en une véritable altération matérielle des tissus, et c'est ainsi que doit être entendue la lésion dynamique des centres nerveux qui tient sous sa dépendance la symptomatologie de l'hystérie.

En résumé, lésion organique ou lésion dynamique ne sauraient différer que par le degré, toutes deux consistant en un trouble matériel de la constitution des organes, la première donnant lieu à des altérations persistant toujours, facilement appréciables après la mort; la seconde ne produisant que des altérations passagères et ne laissant, après la mort, aucune trace actuellement saisissable.

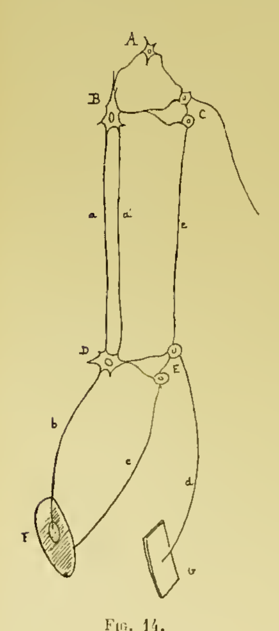


Fig. 14.

Ce rapprochement entre la lésion organique et la lésion dynamique était important à rappeler. L'anatomie pathologique nous a appris que le symptôme paralysie ou contracture peut succéder à des altérations organiques profondes dont le siège variable peut se trouver en différents points de la moelle et du cerveau. Nous pouvons donc admettre à priori que, dans les cas si nombreux et si variés de paralysies ou de contractures purement nerveuses, la lésion dynamique doit également, suivant les cas, occuper un siège différent. Nous pensons, par des preuves tirées de la physiologie pathologique, pouvoir établir qu'il en est effectivement ainsi.

Au sujet de la ressemblance parfois si frappante qui existe

entre les maladies nerveuses organiques et certaines manifestations de l'hystérie, notre maître, M. Charcot, s'exprime ainsi : « ... Cette ressemblance, qui, parfois désespère le clinicien, doit servir d'enseignement au pathologiste, qui, derrière le syndrome commun, entrevoit une analogie de siège anatomique, et, *mutatis mutandis*, localise la lésion dynamique d'après les données fournies par l'examen de la lésion organique correspondante. Et ceci nous conduit à reconnaître que les principes qui régissent l'ensemble de la pathologie sont applicables aux névroses, et que, là aussi, on doit chercher à compléter l'observation clinique, en pensant anatomiquement et physiologiquement [1]. »

Le schéma ci-joint (fig. 14) facilitera l'exposition des considérations physiologiques qui vont suivre.

ARTICLE PREMIER

CONTRACTURES

I. — État physiologique du muscle contracturé.

A. — *La contracture est une forme de l'activité musculaire.*

Pour qu'il y ait contracture, il est nécessaire que le muscle ait conservé son intégrité de structure et que toutes les conditions physiologiques nécessaires à son fonctionnement soient respectées.

L'expérience de la bande d'Esmarck, due à MM. Brissaud et Richet, montre que l'apport du sang nécessaire aux échanges

[1] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 16.

nutritifs du tissu musculaire est une condition indispensable à la production et à l'entretien de la contracture.

Nous savons, d'un autre côté, que la contracture des anciens hémiplégiques cesse avec l'atrophie musculaire.

B. — *La contracture ne diffère-t-elle de la contraction que par la durée, peut-elle être assimilée au tétanos ?*

Les distinctions qu'il convient d'établir entre la contracture et la contraction reposent sur les données suivantes :

a) Un muscle contracturé peut toujours se contracter et se raccourcir davantage sous l'influence de la faradisation. La contracture n'est, en somme, qu'un état intermédiaire entre la contraction et l'état de relâchement.

b) Il existe une différence considérable dans l'intensité des phénomènes physiques et chimiques entre l'état de contraction et la contracture.

Il résulte d'expériences entreprises par MM. Boudet de Paris et Brissaud sur le bruit musculaire, que l'activité musculaire d'un muscle contracturé se traduit par un bruit comme l'activité d'un muscle en contraction. Mais, tandis que le muscle contracté produit un bruit de roulement régulier, sonore (bruit rotatoire), constant dans le chiffre de ses vibrations, le muscle contracturé ne produit qu'un bruit faible, irrégulier, saccadé, avec des interruptions, des intermittences.

La contraction s'accompagne d'un développement de chaleur dans les muscles contractés. En est-il de même dans les muscles contracturés ? *A priori*, l'activité musculaire, quelque minime qu'elle soit, doit s'accompagner d'une élévation de la température. Il semble donc que, sous ce rapport, la différence entre la contracture et la contraction ne saurait être qu'une question de degré.

Cependant les recherches entreprises à ce sujet par MM. Brissaud et Regnard au moyen de la méthode de Becquerel n'ont abouti qu'à des résultats contradictoires. « Les muscles contracturés dans l'hémiplégie, disent-ils, sont invariablement plus

froids que les muscles du côté sain. La différence est assurément très faible, quelques dixièmes de degré tout au plus, mais c'est là un fait certain et qui est même d'une constance remarquable. »

D'autre part, nous avons vu, dans la symptomatologie, que le membre contracturé est d'ordinaire moins chaud que le membre sain.

Quelle que soit l'interprétation qu'on donne de ces faits d'apparence paradoxale, il en résulte que la différence qui existe entre le muscle contracté et le muscle contracturé, au point de vue de la production de chaleur, est tout au moins considérable.

c) Dans les tracés graphiques qui représentent le phénomène de la contracture, il est facile de se rendre compte qu'elle apparaît comme un *allongement de la secousse musculaire*, et. si le tétanos est dû à une fusion de secousses, la contracture n'est formée que par l'allongement considérable d'une seule secousse. C'est ce que prouve l'étude des cas atténués. Entre la secousse musculaire normale et la contracture permanente, on peut trouver tous les degrés intermédiaires dont l'inscription graphique donne les résultats suivants. Au degré rudimentaire, la secousse musculaire n'est que peu modifiée, la descente en est moins rapide ; elle est interrompue parfois par un plateau de peu d'étendue. En résumé, il y a simple allongement de la secousse, et cet allongement doit être considéré comme le premier indice de contracture. En effet, le plateau de la descente peut se prolonger, la lenteur de la descente elle-même devient alors plus considérable, au point que ce qui n'était qu'un phénomène appréciable à l'aide des procédés de la méthode graphique devient manifeste à l'œil nu. C'est la contracture passagère. La durée de cette forme de contracture peut s'étendre au point qu'elle devient une contracture durable. Et dans ces transformations successives la forme du tracé ne diffère que par la durée de la descente plus ou moins lente, marquée d'un plateau plus ou moins prolongé.

d) La contracture est un *phénomène surajouté à la secousse musculaire* dont elle ne modifie que la dernière partie et dont elle est jusqu'à un certain point indépendante.

Lorsque la contracture apparaît comme conséquence de la secousse faradique, la différence entre la contraction musculaire

et la contracture apparaît avec la plus grande netteté. Les traeés myographiques des expériences faites, soit pendant la veille, soit pendant l'état de léthargie hypnotique nous montrent le même phénomène. A la suite d'un premier ehoe faradique apparaît la contraction élémentaire qu'on désigne sous le nom de secousse musculaire. Souvent, aux premières excitations, la forme de la secousse musculaire est absolument normale : ee n'est qu'à la deuxième, troisième ou quatrième que la contracture apparaît, et eomment se révèle-t-elle sur le tracé? La forme de la secousse normale n'est nullement modifiée dans la plus grande partie de son étendue. A un moment donné, la descente est interrompue par un plateau qui se prolonge : en un mot, la courbe ne redescend pas au niveau de l'abscisse ; le muscle reste raccourci ; c'est là un premier degré de eontraeture que le tracé traduit par le plateau sus-indiqué. Survient une seconde excitation : la forme de la secousse qui en est la eonséquence ne diffère pas sensiblement de la première ; puis, lors de la descente, un phénomène semblable se produit. La courbe musculaire ne revient pas à la normale de son point de départ; le musele est dans un état de eonstriction un peu plus accusé ; la contraeture s'est accrue. A de nouvelles excitations répondent des seeousses musculaires dont la forme ne varie guère, suivies d'une augmentation dans le degré de la eontracture que le tracé traduit par une élévation de plus en plus eonsidérable de la courbe générale, jusqu'au moment où, le muscle arrivé au maximum de la eontraeture, la courbe se maintient au même niveau. On peut eonstater alors que, même sur ee muscle contraeturé au plus haut point, le ehoc faradique est suivi d'une seeousse museulaire dont la courbe ne présente pas de modifications notables.

Dans cette expérienee, les deux phénomènes eontraction et contracture apparaissent avee des caraetères suffisamment distincts; la contracture succède à la contraction qui en provoque l'accroissement progressif jusqu'à une limite donnée ; une fois cette limite atteinte, la contraction persiste, mais n'a plus d'action sur la contracture qui demeure au même degré.

La contracture ne se montre qu'un certain temps après l'exeitant électrique, temps nécessaire au parcours de l'action nerveuse réflexe, et ce n'est que d'une façon indirecte que la contracture

succède à l'excitation électrique. La contraction est un phénomène direct, conséquence immédiate de l'excitant électrique qu'elle suit. La contracture est un phénomène réflexe.

Dans l'expérience citée précédemment, les accidents de la courbe musculaire peuvent varier, mais sans que la signification générale en soit changée. Ainsi (et c'est surtout lorsque le système nerveux est très excitable comme dans la léthargie provoquée, que cela s'observe) le plateau de la descente, qui traduit la contracture, peut être précédé d'une sorte de contraction secondaire, se produisant sans excitation nouvelle, et dont le sommet peut être plus élevé que celui de la première secousse.

Le plateau de la contracture peut, dès les premières excitations, se maintenir au-dessus de l'abscisse et atteindre rapidement l'élévation maximum, ce qui revient à dire que la contracture s'est effectuée presque d'emblée à la suite d'un petit nombre d'excitations.

C. — *La contracture n'est qu'une exagération du tonus musculaire.*

D'après ce qui précède, nous pouvons conclure :

1° Que la contracture est un état d'activité musculaire ;

2° Que cet état d'activité n'est pas une contraction.

Mais la contraction n'est pas la seule forme de l'activité musculaire. On admet en effet qu'il y a dans le muscle, au point de vue du changement de forme dont il peut être l'objet, trois propriétés distinctes : la contractilité, l'élasticité, la tonicité.

La contractilité est la propriété qu'a le muscle de se raccourcir brusquement sous l'influence d'une excitation.

L'élasticité est considérée comme indépendante du système nerveux et de l'état physiologique du muscle. Ce serait une propriété pour ainsi dire mécanique du tissu musculaire.

Enfin la tonicité est un état de tension permanente du muscle, intermédiaire au relâchement complet et à la contraction. Le relâchement complet n'existe jamais, même au repos, pour un muscle qui a conservé ses relations physiologiques. Il est dans un état de léger raccourcissement, sorte de contraction insensible, comme disaient les anciens chirurgiens, entretenue par une action continue du système nerveux sur la fibre musculaire.

Je n'ai pas à faire ici l'histoire du tonus musculaire.

Il est admis aujourd'hui, par la généralité des physiologistes, que le tonus musculaire est dû à une action réflexe. « La moelle épinière, dit M. Vulpian, agit d'une façon incessante sur tous les muscles où elle produit par la voie des nerfs moteurs, le tonus musculaire... Cette action continue de la moelle est sans doute provoquée par des stimulations excito-motrices centripètes provenant des muscles eux-mêmes ou des téguments [1]. »

D'après les recherches de Sachs, Tschiriew, des nerfs centripètes existant dans les tendons et les aponévroses d'enveloppe des muscles joueraient un rôle spécial dans le tonus musculaire. De sorte qu'à l'état normal une action nerveuse centripète partant du muscle irait à la moelle pour revenir ensuite au même muscle par la voie des nerfs moteurs. L'arc diastaltique du tonus musculaire est représenté dans le schéma par les lettres F, b, D, E e.

La proposition émise précédemment, que la contracture n'est qu'une exagération du tonus musculaire s'appuie sur les considérations suivantes :

La contracture comme le tonus est un phénomène réflexe.

a) Dans les expériences de la contracture provoquée, la contracture ne suit jamais immédiatement l'excitation qui lui donne naissance. Il y a toujours entre le moment de l'excitation et celui de la production de la contracture le temps nécessaire au parcours de l'action réflexe.

b) L'excitation mécanique qui produit la contracture dans les cas de diathèse de contracture ne reste pas toujours localisée dans le muscle ou le groupe musculaire sur lequel porte l'excitation. Cette propagation de l'excitation n'est pas un simple fait de voisinage, elle n'a rien de comparable à la diffusion de l'excitant électrique trop intense. En étudiant les phénomènes avec attention on reconnaît que l'excitation ne se propage que suivant certaines lois physiologiques commandées par les communications et les anastomoses qui existent dans la moelle entre les différents foyers d'origine des nerfs musculaires.

c) La contracture provoquée qui, dans certains cas de diathèse de contracture et dans les faits d'hyperexcitabilité neuro-muscu-

[1] Art. *Moelle, in* : *Dict. encyclopédique.*

laire de la léthargie hypnotique, cède à la friction des antagonistes, ne se comprend que si l'on admet que l'excitation portée sur les antagonistes détermine dans la moelle, par la voie des nerfs centripètes, une sorte d'action d'arrêt qui détruit la modification spéciale du centre nerveux premièrement produite et en vertu de laquelle la contracture était maintenue. On n'ignore pas les connexions qui existent, dans l'intérieur de la moelle, entre les différents groupes de cellules nerveuses qui correspondent aux groupes musculaires antagonistes, fléchisseurs et extenseurs par exemple. « L'excitation des antagonistes, dit Vulpian, dans certains cas de mouvements volontaires, de certains groupes de muscles, me paraît avoir son point de départ dans la moelle. Il est probable, en effet, qu'au moment où se fait la contraction volontaire, celle des muscles fléchisseurs des doigts, par exemple, une certaine excitation se transmet du foyer médullaire d'origine des nerfs destinés à ces muscles au foyer d'origine des nerfs moteurs des muscles extenseurs, et c'est ainsi, suivant toute vraisemblance, que ces muscles entrent en action [1]. »

C'est un mécanisme analogue que nous invoquons ici. L'excitation, au lieu de venir du cerveau, comme dans l'action volontaire dont parle Vulpian, vient de la périphérie (excitation mécanique, friction). Elle gagne les foyers d'origine des nerfs, des muscles sur lesquels elle est directement portée, d'où elle retentit sur les foyers d'origine des nerfs qui se rendent aux muscles antagonistes.

d) L'étude détaillée que nous avons faite du réflexe tendineux dans la diathèse hystérique et pendant la léthargie hypnotique provoquée [2] nous amène à considérer l'exagération du réflexe tendineux comme le premier degré de la contracture. Le rapprochement clinique de ces deux phénomènes conduit nécessairement à leur assigner la même raison physiologique.

L'opinion de M. Westphal, qui persiste à considérer la contraction musculaire consécutive au choc du tendon comme directement produite par l'excitation mécanique de la fibre musculaire en continuité avec la fibre tendineuse, ne paraît pas devoir pré-

[1] VULPIAN, art. *Moelle, in : Dict. Encycl.*
[2] *Études cliniques sur la grande hystérie*, p. 537 et suiv.

valoir contre celle de M. Erb et de la plupart des observateurs qui en font un phénomène de nature réflexe.

Le réflexe tendineux suit la voie nerveuse assignée au réflexe du tonus musculaire, et la contracture se produirait au moyen du même appareil nerveux (arc diastaltique des réflexes tendineux, (F*b*DE*c* sur le schéma, fig. 14).

Il résulte de ces faits que la contracture musculaire, phénomène pathologique, trouve son paradigme dans un phénomène physiologique, le tonus musculaire.

Un muscle qui a conservé ses relations physiologiques n'est jamais dans un état de repos absolu. Il est maintenu sous l'influence du système nerveux dans une activité perpétuelle qui est le tonus musculaire. Si la tonicité à l'état normal ne produit pas la fatigue musculaire, il est rationnel d'admettre qu'une exagération de cette tonicité ne la produira pas davantage.

Nos expériences relatives à la simulation volontaire des contractures mettent en lumière les différences qui, à ce sujet, existent entre les muscles contracturés et le muscle contracté volontairement. Elles démontrent que les muscles contracturés ne ressentent jamais la fatigue et que, dans les muscles contractés, les mêmes effets sont dus à l'intervention de l'incitation volontaire. Dans ce cas particulier du moins, il ne semble pas que la fatigue résulte de l'épuisement des propriétés de la fibre musculaire elle-même, mais plutôt de l'épuisement du centre nerveux qui maintient la contraction.

Nous avons vu, dans nos expériences de contracture provoquée, la différence considérable qui existe entre l'effort musculaire produit par le mécanisme purement spinal de la contracture et celui qui résulte de la contraction volontaire chez le même sujet[1]

II. — Du siège de la lésion dynamique des contractures hystériques.

Nous avons vu précédemment que la contracture, étant un phénomène réflexe, exige la participation du centre nerveux où se trouve le centre de l'arc diastaltique.

[1] Voyez *Études sur la grande hystérie*, 2e édition, p. 120.

Toutes les preuves accumulées plus haut, qui plaident en faveur de l'assimilation de la contracture au phénomène du tonus musculaire, tendent nécessairement à lui attribuer le même siège anatomique. C'est dans les cellules de la moelle qu'il faut placer les lésions dynamiques qui entretiennent la contracture. Quelle que soit la nature de cette lésion, elle nous apparaît comme un excès d'activité, un état spécial d'hyperexcitabilité analogue à ce qui se produit dans l'empoisonnement par la strychnine, et que pour cette raison M. Charcot désigne sous le nom de *strychnisme spontané*.

L'existence de cet état spécial des cellules motrices médullaires nous paraît surabondamment démontrée dans l'hystérie par les faits sur lesquels nous nous sommes longuement étendu et que nous avons décrits, sous le nom de diathèse de contracture. On pourrait y joindre les expériences de contracture provoquée pendant la léthargie hypnotique.

Il est donc rationnel d'admettre, par suite des analogies symptomatiques, qu'un bon nombre de contractures hystériques spontanées relèvent du même mécanisme que les contractures artificielles, et qu'elles ont leur raison anatomique dans cet état d'éréthisme particulier des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle.

Maintenant quelle en est la cause, et pouvons-nous en pénétrer l'origine ? Il suffit de jeter les yeux sur le schéma pour voir que cette cause paraît être double. Elle peut consister en une action exagérée des nerfs centripètes soit d'origine musculaire (fig. 14, *c*), soit d'origine cutanée (fig. 14, *d*), et dont la persistance finirait par provoquer dans les cellules motrices où elles aboutissent la lésion dynamique dont il s'agit.

Elle peut venir d'en haut et consister dans un affaiblissement du centre cérébral qui régit les fibres inhibitrices (*a'*) du faisceau pyramidal. Et vraisemblablement les deux causes agissent à la fois dans la contracture hystérique, et, pour une part qu'il est difficile de déterminer nettement. C'est ainsi que dans la léthargie hypnotique le défaut d'action du faisceau inhibiteur paraît de toute évidence comme la cause première de l'état d'hyperexcitabilité neuro-musculaire et il doit en être de même pour ce qui est de la diathèse de contracture chez les hystériques à l'état de

veille. D'autre part, l'action des excitations périphériques sur l'entretien du strychnisme médullaire est démontrée par ces exemples de contractures hystériques survenues ou aggravées à la suite de manœuvres chirurgicales ou d'application d'appareils inamovibles.

Il y a donc, d'après ce que nous venons de voir, une double lésion dynamique dans la contracture hystérique : lésion médullaire consistant en un excès d'activité, et lésion cérébrale consistant en un affaiblissement. Mais le problème est encore plus complexe, et nous pensons que la contracture hystérique peut être entretenue, dans certains cas, par une action dynamogène partie du centre cérébral lui-même.

L'expérimentation physiologique et l'anatomie pathologique ont démontré que certaines lésions de l'écorce cérébrale pouvaient donner lieu à des phénomènes de contracture musculaire plus ou moins durables.

Il n'y a donc à priori aucune invraisemblance à admettre qu'une contracture purement nerveuse puisse être entretenue par une lésion dynamique existant dans ces mêmes points de l'écorce.

L'incitation partie des cellules motrices cérébrales (fig. 14, AB) suivra la voie des faisceaux pyramidaux (*a*) et traversera les cellules motrices médullaires (D) avant de parvenir jusqu'aux muscles par les nerfs moteurs (*b*).

La participation des cellules motrices de la moelle est donc nécessaire, du moins dans une certaine mesure. Leur rôle se borne vraisemblablement à servir de conducteur et à laisser passer l'action nerveuse partie de plus haut.

Les preuves en faveur du siège cérébral de quelques formes de la contracture hystérique sont de deux ordres. Elles sont tirées de l'expérimentation et de la clinique.

I. — *Preuves tirées de l'expérimentation.*

Il s'agit ici d'expériences un peu délicates, il est vrai, mais qui maintes fois répétées ont toujours donné le même résultat. La complexité des phénomènes éloigne tout soupçon de supercherie, et

ils ont toute l'importance de faits physiologiques régulièrement observés. Je veux parler des expériences de contractures par suggestion produites pendant l'*état cataleptique* chez la nommée B. On sait que, chez cette malade en particulier, l'état cataleptique s'accompagne de la perte absolue des réflexes tendineux et de l'impossibilité complète de provoquer la contracture, quelle que soit la nature de l'excitation portée sur le membre. Donc les cellules médullaires n'ont, en cet état, non seulement aucune prédisposition à produire la contracture, mais aucune des qualités requises pour la maintenir.

Et cependant la contracture par impression psychique se produit et se maintient avec une remarquable intensité.

La façon dont cette contracture psychique se comporte n'est pas moins intéressante, elle résiste à tous les moyens qui réussissent dans la contracture léthargique (excitation mécanique, friction des antagonistes, aimant), et qui paraissent s'adresser directement à l'activité médullaire pour la déplacer (transfert), ou y produire une action d'arrêt (friction des antagonistes).

Lorsque la malade à laquelle on vient de donner une contracture de la main, par exemple (poing fermé), par impression psychique pendant l'état cataleptique est plongée en état léthargique, l'hyperexcitabilité médullaire, qui est le propre de l'état léthargique, se développe ; de nouvelles contractures peuvent être produites par excitation mécanique, et détruites de même, mais l'ancienne contracture d'origine psychique persiste au même degré. Les excitations mécaniques variées sont sans action sur elle.

Il nous paraît donc rationnel d'admettre que dans ce cas la lésion dynamique qui entretient la contracture siège au B (fig. 14) et qu'elle y a été développée d'une façon réflexe par l'intermédiaire des nerfs de sensibilité spéciale *c* (fig. 14).

Les expériences de contractures provoquées pendant l'état somnambulique peuvent également nous fournir quelques arguments.

a) L'état de somnambulisme, qui est la condition de son développement, ne présente aucun des signes de l'hyperexcitabilité médullaire. Seuls, les réflexes tendineux persistent, témoignant de l'activité médullaire, mais non de son exagération. En effet, tous les procédés qui réussissent à produire la contracture de l'état léthargique échouent ici. Les frictions profondes, le mas-

sage des muscles, le choc des tendons, le froissement des troncs nerveux demeurent sans résultat. La conclusion légitime est que la moelle n'est pas dans un état favorable à la production de la contracture.

b) Pendant l'état somnambulique, le muscle qui résiste à toutes les excitations citées plus haut entre en contracture sous l'influence des excitations les plus superficielles de la surface cutanée. Un simple frôlement, un simple contact sans pression suffisent pour contracturer la partie du corps intéressée. Une seconde excitation de même nature fait disparaître la contracture.

Ici, le chemin d'aller de l'arc réflexe n'est donc autre que celui des nerfs sensitifs cutanés. Mais où se fait la réflexion de l'action nerveuse? Est-ce dans le centre médullaire avec lequel les nerfs sensitifs ont des connexions obligées? Evidemment non, puisque nous avons vu que les cellules motrices médullaires ne sont pas en état de réceptivité spéciale. C'est donc plus haut, dans le centre cérébral, que doit remonter l'action nerveuse centripète, et le centre de l'arc diastaltique est dans le cerveau en C-B (fig. 14).

En outre des preuves extrinsèques qui nous forcent dans ce cas à chercher ailleurs que dans la moelle la lésion dynamique de la contracture, il est un certain nombre de faits qui plaident en faveur du siège cérébral de la lésion.

a) L'excitation cutanée, sous l'influence de laquelle se fait la contracture, ne semble pas indifférente. Quelques faits nous portent à croire qu'elle se fait surtout par la voie de la sensibilité spéciale, par les nerfs du tact. De plus, nous savons que l'excitation du tronc nerveux lui-même ne produit pas la contracture : ce n'est donc pas la fibre nerveuse elle-même que doit intéresser l'excitation efficace, mais bien son extrémité. Or, parmi les organes nerveux qui rampent sous la peau, les corpuscules du tact sont les seules extrémités nerveuses qui puissent posséder une action différente de celle de la fibre elle-même.

Si c'est par la voie de la sensibilité spéciale que se fait la contracture dont il s'agit, il faut bien admettre que l'excitation centripète remonte jusqu'au cerveau où seulement se trouvent les centres de sensibilité spéciale.

Quelques expériences de Brown-Sequard tendent à faire jouer

un rôle aux plaques terminales des nerfs moteurs dans le phénomène de la contracture. Elles démontrent pour le moins qu'une contracture par excitation cérébrale peut exister sans l'intervention de la moelle [1].

I. — *Preuves tirées de la clinique.*

Après avoir admis la localisation cérébrale de quelques formes de contractures expérimentales, il est rationnel de s'attendre à retrouver dans la clinique des contractures auxquelles on puisse attribuer le même siège anatomique.

C'est ce qui arrive, pensons-nous, au sujet de la variété de contracture hystérique que nous avons désignée sous le nom de « forme psychique », et qui se distingue par les symptômes cliniques suivants :

a) Influence directe de l'activité psychique sur le maintien de la contracture, qui cesse pendant le sommeil pour se reproduire immédiatement au réveil, ou même quelques instants auparavant;

b) Influence de l'attention sur l'accroissement momentané du degré de la contracture et quelquefois de son étendue. Elle augmente manifestement sous l'influence des tentatives pour la vaincre ;

c) Rareté des troubles de la sensibilité, si fréquents dans la forme vulgaire ;

d) Pas d'attitudes de prédilection imprimées aux membres contracturés, comme il arrive dans la forme vulgaire, dans laquelle l'attitude des membres semble répondre à un mode de groupement spécial, ou pour le moins d'association fonctionnelle des cellules motrices médullaires ;

e) Inefficacité des agents thérapeutiques et particulièrement des applications aimantées et des aesthésiogènes;

f) Enfin pas d'excitation des réflexes tendineux et absence de la diathèse de contracture variété léthargique.

[1] Société de biologie, 19 novembre 1882. — Une contracture des membres peut succéder à une lésion encéphalique (écorce, centres moteurs) et persister après la destruction de la moelle.

ARTICLE II

PARALYSIES

Les auteurs qui ont cherché à pénétrer la cause de la paralysie hystérique l'ont placée dans les points les plus variés du système neuro-musculaire.

a) Pour Brodie, Romberg, Hasse, Winslow, Franque, la paralysie est le résultat d'un trouble de l'innervation cérébrale et d'un manque d'impulsion motrice. Cette théorie s'appuie : 1° sur la débilité bien connue des facultés intellectuelles, notamment de l'attention et de la volition chez les hystériques; 2° sur la guérison subite sous l'influence d'une excitation psychique vive.

b) Pour Valérius, la condition pathogénique siègerait dans le système musculaire seul, et cette condition consisterait dans l'affaiblissement de la polarité électrique des muscles paralysés. Cette interprétation, tout en s'appuyant sur l'existence des courants musculaires démontrés par Dubois-Raymond, n'est autre chose qu'une simple hypothèse.

Landouzy rejette également l'origine centrale et croit à une cause localisée dans l'appareil nerveux et musculaire des parties affectées.

Macario, Valentiner pensent également à une lésion exclusivement périphérique, lésion purement dynamique pour Macario, lésion par défaut de nutrition pour Valentiner.

c) MM. Piorry, Macario, Gendrin, Leroy d'Étiolles attribuent la paralysie à la disparition d'influx nerveux après les attaques. La moelle serait le centre nerveux épuisé, et cette opinion reposerait sur l'expérience physiologique qui consiste à exciter par la galvanisation la portion lombaire d'une grenouille convenablement préparée. Au bout d'un certain nombre d'excitations, les

secousses des membres inférieurs deviennent de moins en moins fortes et cessent même complètement pour reparaître au bout de quelques instants de repos.

Cette théorie est pour le moins insuffisante, puisqu'elle ne s'adresse qu'aux paralysies qui suivent les attaques.

Pour Brown-Sequard, la paralysie hystérique ne serait qu'une paralysie réflexe due à des altérations de l'utérus et de ses annexes.

d) Enfin, une dernière théorie mixte rattache la paralysie à la fois au centre et à la périphérie du système nerveux. C'est l'opinion de Henrot, de Bénédick, de Lebreton.

Nous pensons établir que, comme pour la contracture, l'altération dynamique qui entretient la paralysie a son siège exclusif dans les centres nerveux, mais que, suivant les cas, elle peut affecter les différents points de l'axe cérébro-spinal.

I. — Etat physiologique du muscle paralysé.

Le muscle paralysé ne répond plus aux excitants qui, d'ordinaire, éveillent son activité, mais ce n'est pas pour cela un muscle mort.

État de la contractilité.

a) En effet, l'excitation électrique appliquée, soit directement sur le muscle lui-même, soit sur le tronc nerveux qui s'y ramifie, y détermine des secousses qui ne diffèrent pas sensiblement des secousses obtenues en pareille circonstance sur un muscle parfaitement sain. On peut n'y observer aucune trace d'atrophie, aucun indice de dégénérescence. Dans la paralysie hystérique la conservation de l'intégrité de structure du muscle est la règle.

b) Quant aux excitants musculaires qui agissent par voie réflexe, par l'intermédiaire des centres nerveux, ils agissent différemment, suivant le genre de paralysie auquel on a affaire.

Etat de la tonicité.

Nous avons vu que la contracture du muscle dépendait d'une exagération de la tonicité. Dans la paralysie, y a-t-il au contraire affaiblissement de la tonicité? Le fait peut exister dans certains cas ainsi que nous le démontrerons, mais l'état de la tonicité du muscle paralysé est fort variable suivant le siège anatomique de la lésion dynamique qui entretient la paralysie. Il n'y a pas entre l'affaiblissement de la tonicité et la paralysie les relations qui existent entre l'augmentation de la tonicité et la contracture. D'ailleurs, paralysie et contracture ne sont pas deux états musculaires absolument opposés. Ils ont de nombreux points de contact démontrés par la clinique, et que la physiologie pathologique confirme. L'état variable de la tonicité dans un muscle paralysé nous montre les liens qui unissent la paralysie à la contracture. Ainsi, un muscle paralysé peut avoir perdu, au moins en partie, sa tonicité : il est alors dans un état de flaccidité extrême (paralysie expérimentale, paralysie avec perte des réflexes tendineux), il peut avoir conservé son état de tonicité, ou même le voir s'augmenter au point que la paralysie se transforme en contracture, et nous pouvons ainsi trouver tous les degrés intermédiaires entre ces deux degrés extrêmes : muscle paralysé avec perte de la tonicité, et muscle paralysé avec augmentation de la tonicité (muscle contracturé).

II. — Du siège de la lésion dynamique des paralysies hystériques.

Nous pensons que les raisons sont nombreuses qui permettent d'assigner un siège cérébral à la lésion dynamique qui entretient la paralysie hystérique.

En premier lieu la persistance de l'activité médullaire révélée par la persistance des réflexes tendineux, son exagération même et sa perversion morbide décelées par l'existence fréquente de la

diathèse de contracture nous portent à placer dans les parties situées au-dessus de la moelle la lésion, cause de la paralysie hystérique.

D'autre part, un certain nombre de signes cliniques plaident en faveur du siège cortical de la lésion, par exemple l'existence simultanée de quelqu'autre symptôme dont l'origine corticale est démontrée, tel que l'aphasie; puis tout ce groupe des paralysies psychiques dont les caractères démontrent jusqu'à l'évidence l'influence de l'idée sur le trouble du mouvement. Nous pouvons y ajouter les faits expérimentaux de paralysie suggestive pendant l'hypnotisme.

Dans ces cas, la lésion dynamique cérébrale ne peut-elle pas s'accompagner d'une lésion correspondante dans le centre médullaire? La chose est possible à cause des liens physiologiques si étroits qui réunissent les deux centres nerveux, mais il faut admettre que la lésion principale est celle du centre encéphalique, la lésion qui pourrait y correspondre dans la moelle n'est que secondaire, et sous la dépendance absolue de la première, entretenue par elle, apparaissant et disparaissant avec elle.

Mais n'existe-t-il pas des cas de paralysie hystérique dans lesquels la lésion médullaire acquiert une importance plus considérable?

Il est bien certain que la suppression des réflexes tendineux révèle une adynamie très prononcée des cellules motrices médullaires lorsqu'il n'existe aucune raison de croire que l'arc diastaltique est interrompu sur un autre point de son parcours. Nous avons vu, dans des cas semblables, le retour des mouvements volontaires s'accompagner de la réapparition des réflexes tendineux. D'autre part, lorsque la paralysie s'accompagne d'atrophie musculaire, ce qui est rare, mais bien démontré aujourd'hui, on est bien forcé de conclure à l'existence d'une lésion dynamique dans les cellules motrices de la moelle, où se trouve le centre trophique des muscles.

A ces faits cliniques s'ajoutent quelques faits expérimentaux qui plaident dans le même sens. C'est ainsi que la paralysie obtenue par les excitations mécaniques portées à la surface du membre

[1] Voyez *Études sur la grande hystérie*, p. 106.

pendant l'état cataleptique[1] est due à une altération dynamique du centre médullaire, ainsi que le prouvent les caractères suivants :

a) Le degré le plus faible de cette paralysie consiste en un simple affaiblissement de la tonicité musculaire ;

b) Cette diminution de la tonicité conduit à la paralysie complète) ;

c) Dans cette variété de paralysie, tous les moyens qui ont pour but, en exagérant le tonus musculaire, de provoquer la contracture échouent complètement. Il faut ajouter cependant que les réflexes tendineux persistent, mais ils n'ont aucune tendance à produire la contracture, de telle sorte que, si l'on met en parallèle les résultats obtenus par les mêmes moyens (excitation mécanique) pendant la léthargie hystérique provoquée et pendant la catalepsie, les premiers (contracture) étant dus à une hyperexcitabilité médullaire, les seconds (paralysie) doivent nécessairement dépendre d'une altération en moins de l'activité médullaire.

Enfin nous avons étudié une forme de paralysie par suppression des mouvements coordonnés dont le siège anatomique peut être ou cérébral, ou médullaire, ou les deux à la fois.

Les physiologistes nous ont appris en effet que les centres de coordination pour les mouvements des membres sont dans la moelle. Ces centres de coordination, suivant la complexité du mouvement final, sont situés plus haut dans le bulbe, dans le cervelet et jusque dans les ganglions mésencéphaliques.

Mais ces centres inférieurs du mouvement coordonné sont reliés à des centres supérieurs corticaux qui leur donnent l'impulsion. Or l'on comprend très bien que la paralysie spéciale dont il s'agit puisse résider ou dans le défaut d'impulsion, absence de la mise en jeu de l'appareil automatique (siège cortical), ou bien dans le détraquement de cet appareil automatique lui-même (siège médullaire ou mésencéphalique).

En résumé, le siège anatomique de la paralysie hystérique peut donc occuper les différents points de l'axe cérébro-spinal. Le siège cérébral est peut-être le plus fréquent, mais il est certains faits où la lésion médullaire paraît démontrée.

[1] Voy. *Grande hystérie*, 2e éd. p. 611.

ARTICLE III

PARALLÈLE PHYSIOLOGIQUE DE LA PARALYSIE ET DE LA CONTRACTURE

A. — Dans les paralysies comme dans les contractures il y a *impuissance motrice*, en ce sens que les muscles atteints sont soustraits à l'empire des excitants qui président d'ordinaire à leur fonction : ainsi la volonté a perdu tout empire sur un membre contracturé comme sur un membre paralysé. Pour ce qui est des membres, on peut affirmer que dans l'un et l'autre cas le chemin qui conduit les ordres de la volonté aux muscles est interrompu.

En effet, la clinique nous apprend que, dans le plus grand nombre des cas, la contracture est précédée d'un état paralytique du membre. Même lorsque le début de la contracture est brusque, il est souvent possible de saisir une phase, si courte qu'elle soit, d'impuissance motrice précédant l'invasion de la raideur. Il n'est pas rare de voir l'existence simultanée des deux états musculaires sur le même membre. Ainsi, chez un de nos malades, la main seule est contracturée, mais le bras tout entier est paralysé et il n'existe aucune raideur au coude ou à l'épaule.

B. — Les mêmes *causes* peuvent occasionner indifféremment soit des paralysies, soit des contractures : il en est ainsi pour les émotions vives ou le traumatisme, etc.

Il ne faut pas chercher la raison des effets différents (paralysie ou contracture) dans des modalités différentes d'une même cause, mais dans l'état de réceptivité du sujet lui-même au moment où la cause agit. La diathèse de contracture, que nous avons étudiée avec détails, jette un grand jour sur cette question. C'est ainsi que l'on comprend très bien qu'une même cause qui produira une contracture chez un sujet prédisposé (ou autrement dit en état de

diathèse de contracture) produira chez d'autres un résultat inverse, c'est-à-dire une paralysie.

En somme, dans l'un et l'autre cas, l'impuissance motrice est l'effet constant ; l'état du muscle devenu impuissant est l'effet variable, il est flaccide ou contracturé suivant la réaction spéciale du système nerveux,

C. — Au point de vue des propriétés physiologiques du muscle lui-même, on peut admettre les analogies et les différences suivantes entre la paralysie et la contracture :

a) Dans l'un comme dans l'autre cas, l'état de la contractilité ne varie guère : elle persiste avec des caractères voisins de l'état normal.

b) Il n'en est pas de même de la tonicité. La paralysie du muscle est indépendante, jusqu'à un certain point, de son état de tonicité qui peut subir toutes les variations possibles en plus ou en moins. Le muscle contracturé, au contraire, est toujours un muscle dont la tonicité est arrivée au suprême degré.

D. — Nous avons vu que la paralysie, comme la contracture, pouvait relever de lésions dynamiques de siège variable, et occupant différents points de l'axe cérébro-spinal. Toutefois il y a quelques différences à faire entre les deux sortes de troubles moteurs, la paralysie ayant plus fréquemment sa source dans une lésion dynamique cérébrale, la contracture au contraire dans une lésion de la moelle.

Cette différence de fréquence du siège spinal dans la paralysie et la contracture doit être rapprochée de la connaissance que nous avons du siège spinal du tonus musculaire qui joue un rôle capital dans la contracture, et secondaire dans la paralysie.

En résumé, s'il nous fallait donner de la contracture et de la paralysie hystériques une définition physiologique, nous la formulerions dans le tableau suivant :

Muscle soustrait à l'action de ses excitants ordinaires avec intégrité de structure et conservation, du moins partielle, de ses propriétés physiologiques.

État variable de la tonicité qui est conservée ou affaiblie, ou légèrement accrue.	Tonicité toujours exaltée à un haut degré.
Paralysie.	*Contracture.*

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Je n'ai pas besoin d'insister sur ce point qu'étant donné une manifestation hystérique quelconque il faut d'abord et avant tout traiter l'hystérie elle-même. D'ailleurs dans bien des circonstances le traitement de la maladie et celui du symptôme ne sont point distincts et se confondent. Sans négliger les moyens d'action que nous possédons pour la guérison de l'hystérie elle-même, j'insisterai plus particulièrement ici sur les traitements qui s'adressent aux paralysies et aux contractures.

I. — Médication interne.

La paralysie étant due à une diminution de l'activité des centres nerveux, pendant que la contracture est due à l'exaltation de l'activité des mêmes centres, il semble *a priori* qu'il faille employer dans le traitement de ces deux troubles moteurs des moyens diamétralement opposés, destinés, dans un cas, à réveiller l'activité fonctionnelle, et dans l'autre à la modérer.

C'est dans cet ordre d'idées qu'on a conseillé dans les paralysies hystériques l'emploi des médicaments convulsivants, tels que la strychnine sous ses diverses formes, le seigle ergoté, etc. ; et dans les contractures, les médicaments qui ont une action paralysante sur le système nerveux, tels que l'opium à haute dose, le bromure de potassium, l'acide cyanhydrique, l'atropine, la ciguë, l'aconit, etc... Mais cette médication est loin d'avoir donné les résultats qu'on espérait.

En résumé, la pharmacopée en matière d'hystérie se réduit à peu de choses. Il n'existe aucun médicament spécifique qui puisse lui être opposé. Rien d'analogue ici à ce qui se passe chez les épileptiques par l'administration à hautes doses du bromure de potassium. Dans l'hystérie ce médicament ne rend que des services très limités.

La médication devra surtout consister à soutenir et à relever les forces, c'est pourquoi les toniques, les amers, sont utiles; c'est pourquoi aussi l'alimentation forcée, le gavage ont pu avoir des succès.

Il faut citer aussi la métallothérapie interne, c'est-à-dire l'administration à l'intérieur de solutions métalliques ou même de feuilles métalliques en nature, dont le choix est indiqué par la métalloscopie ou métallothérapie externe, qui consiste dans la recherche du métal susceptible de modifier la sensibilité cutanée. Nous ne saurions nous étendre ici sur ce mode de traitement dû au D[r] Burcq, et qui, malgré les quelques succès qui ont été portés à son actif, est à peu près abandonné aujourd'hui.

II. — Electrisation.

La faradisation musculaire peut rendre les plus grands services dans la *paralysie* hystérique, et Duchenne de Boulogne a guéri par ce procédé environ la moitié des cas traités. Il est des insuccès que rien ne peut faire prévoir.

On doit, en général, localiser l'excitation électrique dans chacun des organes affectés, et continuer le traitement quelque temps après le retour des mouvements afin de fixer, pour ainsi dire, la guérison.

Il a quelquefois suffi d'une seule excitation électro cutanée pour guérir la paralysie hystérique. Duchenne rapporte que, lorsque l'anesthésie était accompagnée d'affaiblissement musculaire, il suffisait presque toujours de rappeler la sensibilité cutanée pour voir reparaître la force musculaire normale. Il est même des cas où elle semble mieux réussir que la faradisation musculaire.

Il n'existe pas de signes qui puissent faire prévoir si la paralysie guérira ou non par la faradisation.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas dans lequel l'influence de la faradisation était manifeste, et ramenait parfois les mouvements dans la partie paralysée au bout de quelques minutes d'application. Si le succès n'était pas toujours aussi complet, il y avait constamment, à la suite de chaque séance, une amélioration considérable.

Je rappellerai ici l'influence souveraine de la faradisation sur le retour de la motilité dans les paralysies provoquées pendant l'hypnotisme.

Il ne faut pas, toutefois, employer la faradisation d'une façon inconsidérée, car les exemples ne sont pas rares dans lesquels ce mode d'électrisation a donné lieu à la contracture permanente.

L'étude que nous avons faite de la contracture et de cet état nerveux spécial qui favorise son développement nous permet de nous rendre compte du mécanisme de la production de la contracture par une faradisation trop intense. Il s'agit là, comme dans certains cas de traumatisme, d'une contracture de nature réflexe.

Il ressort de ces faits un enseignement précieux.

Dans le traitement de la paralysie hystérique, il faut agir avec discernement et se méfier des excitations trop vives portées à la surface du membre. Car ces excitations peuvent dans certaines circonstances faire naître la contracture qui constitue une aggravation. Il est des signes auxquels le médecin peut prévoir cette éventualité. Il doit se défier de l'exagération trop vive des réflexes des membres paralysés, des secousses spontanées, de la trépidation, etc... Ces indices de motilité, parfois bien accueillis par le malade, doivent faire craindre au médecin l'imminence de la contracture.

Dans la *contracture*, la faradisation est nuisible. De même qu'elle fait naître la contracture imminente, de même elle l'entretient et l'exagère lorsqu'elle existe. Le résultat est le même, que la faradisation porte sur les muscles dont la prédominance d'action détermine l'attitude, ou sur leurs antagonistes. On n'en sera pas surpris si l'on se souvient que dans la contracture hystérique les groupes musculaires antagonistes sont également contracturés. Duchenne, dont la pratique était grande, ne cite qu'un seul cas de guérison par la faradisation des muscles antagonistes.

Le faradisation cutanée pourrait dans certains cas donner de meilleurs résultats. « Il m'est arrivé de guérir, comme par enchantement, dit Duchenne, certaines contractures hystériformes très circonscrites. »

Les courants continus ont été préconisés contre les contractures par Remak; les expériences ultérieures de Pfluger montrant, qu'un muscle en contraction est paralysé par l'application d'un courant continu, plaident théoriquement en faveur de ce genre de traitement.

Onimus et Legros conseillent l'emploi des courants continus descendants appliqués soit sur la colonne vertébrale, soit sur le membre contracturé.

La franklinisation, remise en honneur depuis une douzaine d'années par M. R. Vigouroux et journellement employée depuis dans le service de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, pourra être aussi utilement employée contre les paralysies et les contractures en dirigeant, suivant les cas, le souffle, les aigrettes, ou les étincelles sur les parties atteintes.

En tous cas elle rendra les plus grands services pour la cure de la diathèse hystérique elle-même.

III. — Action de l'aimant et des aesthésiogènes en général.

Les propriétés de transfert que possèdent les agents aesthésiogènes sur les accidents hystériques (troubles de la sensibilité ou de la motilité) localisés à un côté du corps ont été utilisées avec succès dans le cas des contractures hystériques. La première observation de guérison par ce procédé a été publiée par M. Vigouroux. La malade était contracturée du membre supérieur gauche. L'aimant appliqué près de l'avant-bras droit en produisait bientôt la contracture que l'on détruisait ensuite par la faradisation des antagonistes. Dans les premières expériences, la contracture primitive du côté gauche ne s'en trouvait point sensiblement modifiée, mais la répétition journalière de la contracture artificielle de droite modifia bientôt l'intensité de la contracture spontanée de gauche qui, sous cette influence se relâchant peu à peu, finit par disparaître complètement.

Depuis, un certain nombre de guérisons ont été obtenues par le même procédé, et nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs. Mais nous avons aussi vu l'aimant demeurer complètement inefficace, ou bien produire même des accidents paralytiques qui nous ont forcé à abandonner, du moins dans certains cas, ce mode de traitement.

Les plaques métalliques du Dr Burcq et les autres agents aesthésiogènes agissent dans le même sens et comptent de même à leur actif les mêmes succès et les mêmes insuccès. Peut-on reconnaître les cas qui relèvent plus particulièrement de ce mode de traitement ?

Il nous semble résulter des faits observés que les aesthésiogènes n'ont d'action sur les contractures hystériques que lorsqu'elles sont accompagnées d'anesthésie cutanée. En effet, dans les cas de contracture hystérique douloureuse, nous les avons vus constamment échouer. De même, lorsqu'il s'agissait de la contracture hystérique avec conservation de la sensibilité.

Il y aurait donc là, pour l'emploi des aesthésiogènes dans la contracture hystérique, une indication précise.

Pour ce qui est des *paralysies* hystériques, Müller de Gratz cite deux observations dans lesquelles la guérison aurait été obtenue par l'emploi des aesthésiogènes. Chez l'une il obtenait le transport de la paralysie motrice par l'action de l'aimant. La guérison s'effectua peu à peu. La seconde malade présentait une paralysie très marquée sans contracture avec anesthésie de la moitié sous-ombilicale du corps. Elle était sensible au cuivre, et l'application externe de plaques de ce métal amena une guérison durable au bout de huit jours.

Nous n'avons pas été aussi heureux dans les quelques tentatives que nous avons faites à ce sujet. L'aimant appliqué du côté paralysé produisait la contracture de la partie du corps où se faisait l'application. Il est vrai que cette contracture artificielle disparaissait assez promptement sous l'influence du massage ; mais, une fois détruite, elle laissait le membre dans le même état qu'auparavant.

IV. — Massage.

Je ne parlerai pas ici des pratiques générales de la massothérapie qui, de même que l'électrothérapie et l'hydrothérapie, agissent puissamment sur la nutrition, et à ce titre peuvent rendre des services dans le traitement de l'hystérie. Je ferai remarquer toutefois que l'existence des zones hyperesthésiques et hystérogènes, de même que la présence de la diathèse de contracture, en rendent, chez les hystériques, l'application particulièrement difficile et délicate.

Mais je désire appeler l'attention sur les quelques données utiles que la connaissance des phénomènes de la diathèse de contracture peut fournir relativement au traitement de la contracture permanente elle-même. Nous avons énuméré, en effet, un nombre assez considérable de pratiques susceptibles de provoquer la contracture chez un sujet prédisposé, mais il ne faut pas oublier que ces mêmes procédés réussissent également pour la résoudre une fois qu'elle est produite. Lors donc qu'on se trouve en présence d'une contracture spontanée, il est tout indiqué d'essayer tour à tour contre elle les nombreux moyens signalés : friction des antagonistes, choc sur les tendons, irritation des nerfs qui produisent un mouvement contraire à celui qui est le fait des muscles contracturés, application d'un diapason vibrant, faradisation des antagonistes, aimantation, simple frôlement de la peau, courant d'air, souffle dirigé sur le membre, etc. etc... Et si la contracture n'est pas trop ancienne, on a de grandes chances pour réussir. C'est ainsi que de semblables pratiques usitées à la Salpêtrière ont fini par se répandre parmi les malades elles-mêmes qui se rendent, après leurs attaques, le mutuel service de faire disparaître par des frictions ou des malaxations les contractures qui persistent. Si elles ne peuvent réussir, il est bien rare que, le lendemain, le médecin ou l'interne n'y parviennent ; aussi les contractures permanentes, du moins celles qui prennent naissance à l'hospice, sont-elles beaucoup plus rares qu'autrefois et durent-elles peu de temps.

Mais il arrive parfois que la contracture résiste à l'emploi de tous les procédés rappelés plus haut. L'on sait que le meilleur moyen pour venir à bout d'une contracture est celui qui se rapproche le plus de la cause qui l'a provoquée. C'est un fait mis en lumière par les expériences d'hypnotisme et par les faits de la diathèse de contracture. Il doit donc guider pour la recherche du meilleur procédé à employer. Ainsi ne doit-on pas oublier de mettre en jeu l'influence du moral sur le physique, influence qui joue souvent un si grand rôle dans la production et l'entretien des contractures.

Mais le traitement mental de l'hystérie elle-même, quelles qu'en soient les manifestations, a été préconisé depuis longtemps déjà par notre maître, M. Charcot, et en dehors de toute pratique hypnotique, employé par lui avec succès.

V. — Traitement mental.

Il consiste à mettre en œuvre, dans un but curatif, cette influence du moral sur le physique qui apparaît avec tant d'évidence au cours des diverses manifestations de l'hystérie. Nous avons vu que c'est là un des procédés dont la nature elle-même se sert parfois pour opérer la guérison, et le médecin ne doit point le négliger.

Cette action curative du moral sur le physique s'obtient de deux manières :

a) Par une pression lente et continue exercée sur l'esprit de la malade. On arrive à ce résultat en remplissant les deux conditions suivantes :

1° Isoler le sujet. Le séparer de son entourage habituel, des parents surtout, dont la sollicitude inquiète entretient souvent les accidents qu'ils cherchent à combattre. L'enlever du milieu qui a vu naître et se développer la maladie ;

2° Le remettre aux soins de personnes sûres, qui sauront résister aux caprices, appliquer avec fermeté un traitement régulier, et inspirer au malade une confiance ou une crainte salutaire.

Ce double résultat est atteint d'ordinaire en envoyant le malade

dans un établissement spécial hydrothérapique. J'ai vu de nombreuses guérisons de contractures ou de paralysies hystériques dues à l'usage de l'hydrothérapie méthodique associée à une contrainte morale salutaire.

b) L'autre procédé d'action sur le moral du patient est d'un emploi plus délicat et non susceptible d'être soumis à une réglementation. Il consiste dans la provocation d'une émotion morale vive. C'est là un mode de traitement dont le médecin est seul juge d'apprécier l'opportunité. Cependant, M. Guéneau de Mussy a essayé de le formuler en ces termes :

1° La malade prendra trois pilules fulminantes à une demi-heure d'intervalle ;

2° Un antidote puissant sera préparé pour parer rapidement aux accidents d'empoisonnement qui pourraient survenir ;

3° Deux malades resteront continuellement auprès du malade, pour lui donner les soins qui peuvent être nécessaires.

MM. Ballet et Landouzy ont rapporté l'histoire d'une malade guérie d'une paralysie par un procédé analogue.

VI. — Hydrothérapie.

Je me borne à signaler ici une méthode de traitement qui doit occuper le premier rang dans la thérapeutique de la diathèse hystérique et qui consiste dans la pratique journalière des applications méthodiques de l'hydrothérapie, et en particulier de la douche froide en jet brisé et de courte durée.

VII. — Hypnotisme.

Malgré l'extension donnée dans ces derniers temps au traitement par l'hypnotisme [1], nous persistons à croire que les cas qui relèvent du traitement hypnotique sont relativement restreints,

[1] Il faut citer parmi les nombreux auteurs qui se sont plus particulièrement adonnés à l'hypnothérapie : MM. Liébault et Bernheim, à Nancy ; Bérillon et Luys, à Paris ; Lloyd Tuckey, à Londres ; Moll, à Berlin ; Van Renterghem et F. Van Eeden, à Amster-

et que c'est justement parmi les manifestations de l'hystérie qu'ils se rencontrent de préférence, car, à notre avis, c'est dans l'hystérie et dans les névroses en général que l'hypnotisme peut être employé sans danger.

Je n'ai pas à insister ici sur les inconvénients du sommeil provoqué; il suffit de le signaler et de rappeler que l'hypnotisme doit être rangé parmi les agents provocateurs de l'hystérie.

Mais, ceci étant bien établi, il est évident que, chez les hystériques, les manœuvres hypnotiques peuvent être utilement employées contre certaines manifestations de la névrose, parmi lesquelles les paralysies et les contractures tiennent le premier rang.

Maintenant comment doit-on procéder et quelle est la méthode? M. le professeur Pitres donne les sages conseils suivants :

« 1° Il ne faut en aucun cas endormir les malades sans avoir au préalable obtenu leur consentement formel ; en général, il vaut mieux ne pas solliciter ce consentement, et attendre que les malades en aient eux-mêmes la première idée ; 2° s'il s'agit d'une femme, il ne faut jamais l'hypnotiser sans témoins ; 3° il ne faut jamais donner aux malades que des suggestions utiles à leur guérison. »

Je ne m'étendrai pas ici sur les moyens de provoquer le sommeil et sur les manifestations symptomatiques du sommeil hypnotique lui-même. Ce sont pourtant des points indispensables à bien connaître pour celui qui désire manier l'hypnotisme. Mais nous ne pouvons entrer ici dans les développements qu'exigerait une semblable étude, et nous renvoyons le lecteur à nos *Études cliniques sur l'hystérie* où ces questions sont traitées avec détail.

C'est sur la propriété qu'a l'hypnotisme de déplacer et de concentrer toute l'activité des centres nerveux sur un point déterminé que repose le traitement hypnotique, et c'est à la perturbation qu'il jette dans le fonctionnement normal du système nerveux que l'on demande la guérison des désordres fonctionnels antérieurs et spontanés qui constituent la maladie.

Cette simple remarque fera comprendre toute la prudence que

dam; Otto G. Wetterstrad, à Stockholm, etc. M. le professeur Pitres, de Bordeaux, dans ses remarquables *Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme*, a exposé fort judicieusement l'état de la question. On y trouvera une liste bibliographique complète des très nombreux ouvrages auxquels elle a donné lieu.

commande l'application d'un semblable procédé, en même temps qu'elle rend compte de ses insuccès et de ses dangers.

Jusqu'à présent c'est à la seule suggestion, c'est-à-dire à l'influence du moral sur le physique, de l'idée sur le corps, qui dans une certaine période de l'hypnotisme acquiert une si grande puissance, qu'on a demandé l'action curative. Il y aurait peut-être lieu de chercher à se servir dans le même but, et particulièrement dans le traitement des paralysies et des contractures, des propriétés neuro-musculaires si remarquables qui se développent dans d'autres phases du sommeil nerveux. Il n'en est pas moins vrai que la suggestion restera toujours la grande et principale ressource du traitement par l'hypnotisme. Mais la suggestion elle-même, dont les nombreuses expériences d'hypnotisme ont surabondamment démontré la puissance, constitue-t-elle un moyen certain de guérison de la contracture et de la paralysie hystérique? Et suffira-t-il au médecin de plonger son malade dans l'état de somnambulisme hypnotique pour voir ces accidents prendre fin sous l'action d'une intimation un peu ferme ?

L'expérience nous répond qu'il est loin d'en être ainsi. Nous savons, pour l'avoir dit un des premiers, que la somnambule hypnotique n'est pas un pur automate, et qu'elle peut opposer une résistance souvent grande, parfois insurmontable, aux injonctions et aux suggestions de l'expérimentateur. Mais nous avons fait remarquer également qu'il n'en était pas de même lorsque la suggestion pouvait avoir lieu pendant l'état cataleptique, comme cela arrive chez certains sujets, et que, s'il y avait un « moi » somnambule, il n'y avait pas de « moi » cataleptique, le sujet cataleptique étant une parfaite machine [1].

On peut donc trouver là une indication utile pour le traitement par la suggestion. D'autre part, nous avons vu dans plusieurs de nos expériences que la suggestion devenait impuissante contre les contractures et les paralysies artificiellement provoquées par des moyens autres que la suggestion, tandis qu'elle réussissait toujours dans les cas où le trouble moteur avait été provoqué par ce même procédé. Il y aurait donc lieu d'établir des distinctions, et les quelques tentatives que nous avons faites plus haut

[1] Voyez *Etudes sur la grande hystérie*, p. 789.

pour établir le siège de la lésion dynamique qui entretient la paralysie ou la contracture pourraient aider dans cette voie. C'est ainsi que le trouble moteur relèverait plus particulièrement de la suggestion hypnotique lorsque son siège est cérébral ou, pour mieux dire encore, cortical.

Quoi qu'il en soit, malgré les statistiques brillantes fournies par un certain nombre d'observateurs, je crois sage de ne pas fonder sur la cure hypnotique, même dans les cas qui paraissent devoir être les plus favorables, de trop grandes espérances.

En ce qui concerne les troubles moteurs hystériques qui nous occupent plus particulièrement ici, les résultats obtenus peuvent se résumer de la façon suivante :

Exceptionnellement la guérison a été obtenue à la première tentative. Le plus souvent les hypnotisations ont dû être répétées un certain nombre de fois. Dans de nombreux cas, la disparition de la paralysie ou de la contracture sous l'influence suggestive n'a été que temporaire, le mal se reproduisant quelques heures ou quelques jours après, et nécessitant à nouveau l'emploi de la suggestion.

C'est ainsi que des malades ont été traitées pendant des années, délivrées à la vérité de leur mal, mais à la condition d'être endormies et suggestionnées tous les jours ou même plusieurs fois par jour.

Enfin, M. Pitres signale, pour l'avoir observé d'une façon très précise, un inconvénient de la méthode hypnothérapique, qu'il est utile de connaître. « Il arrive parfois, dit-il, qu'un accident supprimé par suggestion est remplacé par un autre accident plus désagréable que le premier, de telle sorte que les malades, qui ont en somme perdu au change, viennent demander en grâce au médecin de leur rendre le mal qu'ils avaient primitivement. »

En faisant entrer en ligne de compte tous ces cas qui, à proprement parler, ne sauraient être considérés comme des guérisons, ceux dans lesquels la suggestion a été entièrement impuissante, ceux enfin qui sont réfractaires non seulement à la suggestion, mais à l'hypnotisme lui-même — et ils sont encore nombreux même parmi les hystériques, — nous pouvons conclure, sans crainte d'exagération, que les cas de contractures ou de paralysies hystériques guéries par l'hypnotisme sont relativement peu nombreux.

VIII. — Traitement chirurgical.

C'est ici le lieu de parler de la chirurgie pour la proscrire de la façon la plus complète dans le traitement des paralysies et des contractures hystériques. Toute tentative de redressement, pose d'appareils plâtrés ou autres, à plus forte raison toute opération chirurgicale, ne sauraient produire que les effets les plus déplorables ; la paralysie devient de la contracture ; quant à la contracture, elle s'exagère et augmente en ténacité. Les manœuvres chirurgicales entrent pour une part dans l'étiologie des contractures et des paralysies hystériques. Il en est de même de toute application révulsive appliquée à la surface des membres, vésicatoire, teinture d'iode, pointes de feu, etc. C'est à ce propos que le diagnostic entre les troubles moteurs de nature hystérique et ceux qui relèvent d'une lésion organique du système nerveux acquiert une importance considérable, car dans les deux cas la ligne de conduite dans le traitement diffère du tout au tout. On connaît l'action réellement efficace des révulsifs contre les lésions organiques du système nerveux, tandis que dans les accidents hystériques le résultat de leur application a toujours été des plus désastreux. Lorsque le neuropathologiste voit arriver vers lui des cas rebelles de paralysies ou de contractures hystériques, durant depuis plusieurs années, il lui est souvent donné de constater sur la peau les cicatrices des révulsifs employés dans des traitements antérieurs, soit par mauvaise thérapeutique, soit par erreur de diagnostic. Toujours ce traitement est demeuré inefficace, très souvent il a été une cause d'aggravation.

Il est cependant une complication de la contracture hystérique, qui relève de l'intervention chirurgicale, et nous en avons déjà dit quelques mots plus haut. C'est lorsqu'il survient des rétractions fibro-tendineuses, qui immobilisent le membre dans l'attitude défectueuse que la contracture lui avait imprimée. Mais les conditions de l'intervention chirurgicale dans ces circonstances ont été très nettement définies par M. le professeur Charcot.

Il faut, pour tout dire d'un mot, que la contracture hystérique

elle-même soit guérie ; il faut qu'il ne subsiste plus que la seule rétraction fibro-tendineuse, tout phénomène spasmodique ayant complètement disparu. C'est alors que la section des tendons et des tissus fibreux épaissis, ainsi que la rupture de l'ankylose fibreuse des articulations, peut rendre les plus grands services en redonnant au membre son attitude normale et une partie de ses mouvements.

M. Terrillon a indiqué dans plusieurs mémoires[1] le procédé opératoire qu'il convient d'employer en pareil cas, en même temps que les soins consécutifs qu'une semblable opération exige. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur à ses travaux.

[1] *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888, p. 93 et 142.

DEUXIÈME PARTIE

DES PARALYSIES ET DES CONTRACTURES HYSTÉRIQUES EN PARTICULIER

CHAPITRE PREMIER

PARALYSIES ET CONTRACTURES DES MEMBRES

ARTICLE PREMIER

MONOPLÉGIES

Les troubles de la motilité (paralysie ou contracture) de nature hystérique limités à un seul membre se rencontrent surtout, à titre de phénomène permanent, dans l'hystérie non convulsive. Ils forment la majeure partie des cas étudiés et décrits pour la première fois par Brodie sous le nom d'hystérie locale. Lorsqu'ils se montrent dans l'enfance, ils acquièrent, surtout au point de vue du diagnostic et du pronostic, une importance capitale, car ils sont souvent la première manifestation de la grande névrose qui, suivant les circonstances, s'en tiendra là ou se développera et pourra dans la suite présenter tous les caractères de la forme grave.

La monoplégie peut être générale ou partielle. Elle intéresse tout le membre ou un segment du membre seulement ; dans ce dernier cas, ce sont toujours les extrémités qui sont intéressées.

I. — Contractures.

Membre supérieur. — La contracture peut envahir un seul doigt, ou bien la main tout entière est prise. L'attitude la plus fréquente alors est celle du poing fermé. Chez une de nos malades la main contracturée figurait dans l'ensemble la position de la main qui

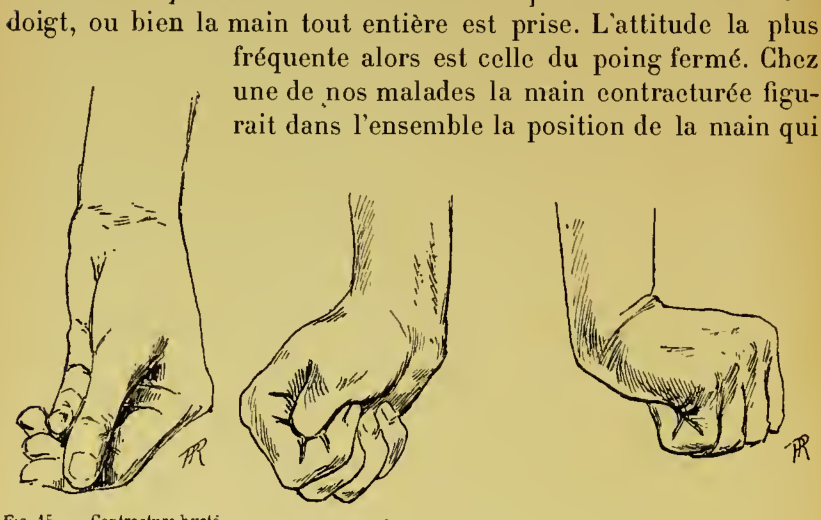


Fig. 15. — Contracture hystérique de la main.

Fig. 16. — Contracture hystérique. Poing fermé.

tient une plume à écrire (fig. 15). Lorsque les doigts sont contracturés en extension, ils sont en même temps très rapprochés et fortement serrés les uns contre les autres.

Dans l'attitude du poing fermé la position du pouce est variable, tantôt recouvert par les autres doigts (voy. fig. 16), tantôt appliqué contre l'index (fig. 17), tantôt ramené plus en avant, la dernière phalange appliquée sur la phalangine du médius (fig. 18).

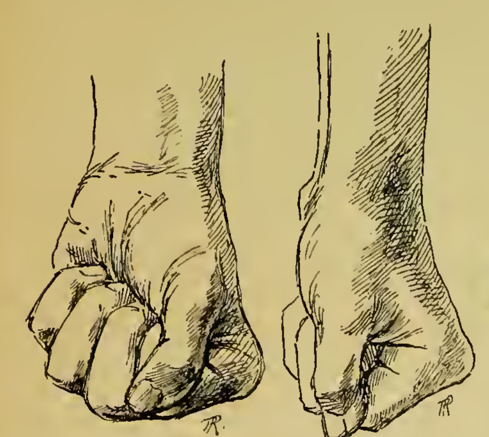
Lorsque la contracture est limitée à la main, le poignet peut conserver toute la liberté de ses mouvements ainsi que les autres segments du membre. D'autres fois, au contraire, le membre tout entier est atteint de parésie ou même de paralysie complète.

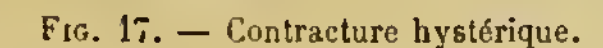
A la contracture de la main, il n'est pas rare de voir s'adjoindre celle du poignet dans des attitudes variées dont la plus fréquente est celle de la flexion (fig. 18). Quelquefois il est en extension (fig. 16) ou dans une position intermédiaire (fig. 17).

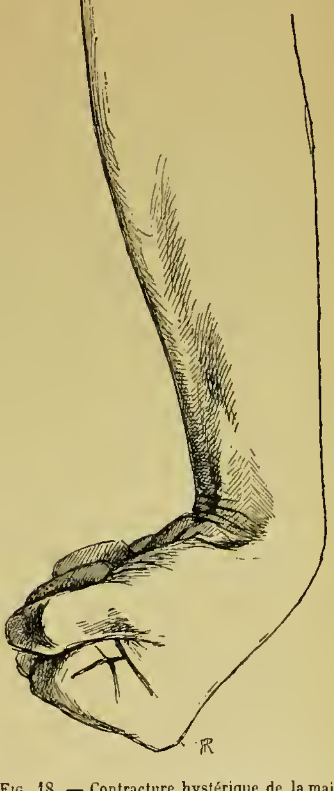
Lorsque le membre est intéressé dans sa totalité, l'attitude la plus fréquente est celle de la flexion qui est représentée (fig. 9). Enfin l'extension de l'avant-bras peut coïncider avec des attitudes variées du poignet (fig. 31).

Membre inférieur. — Localisée au pied, la contracture revêt la forme du « pied bot hystérique », sur lequel nous avons déjà insisté et dont les figures 20, 21 nous offrent des types classiques.

Le plus fréquemment l'attitude est celle du pied bot équin varus avec flexion exagérée des orteils, et torsion de tout le pied de dedans en dehors suivant son axe transversal (fig. 19). Mais il existe quelques variétés : la flexion des orteils manque, l'équinisme est direct (fig. 20). Enfin le talus peut remplacer l'équin, la pointe de pied est




Fig. 17. — Contracture hystérique.


Fig. 18. — Contracture hystérique de la main et du poignet.

très relevée, et la malade porte exclusivement sur le talon. Cette forme est rare : nous en avons observé un remarquable exemple (fig. 12). Dans ce cas, la contracture siégeait également au genou et à la hanche.

Lorsque la contracture a envahi tout le membre inférieur,

l'attitude d'extension décrite plus haut (p. 10) est la plus vulgaire. L'extension de la hanche et du genou coïncide le plus souvent avec le pied bot direct, soit équin, soit varus. Cependant, chez la malade dont nous venons de parler, la contracture du



Fig. 19. — Pied bot hystérique.

Fig. 20. — Pied bot hystérique.

membre inférieur en extension coïncidait avec le pied bot talus (fig. 12).

L'attitude de flexion du membre inférieur, quoique beaucoup plus rare, a été notée dans nos observations. Dans ces cas, la cuisse était en flexion sur le bassin, et la jambe sur la cuisse au point que le talon touchait la fesse (fig. 10).

Les observations dans lesquelles nous avons noté ces attitudes anormales du membre inférieur se rattachaient pour la plupart à la forme psychique de la contracture. Nous ne reviendrons pas ici sur les détails que nous avons exposés précédemment à ce sujet.

II. — Paralysies.

A propos de la paralysie monoplégique, qu'elle soit générale ou partielle, nous n'avons pas à entrer ici dans de grands détails après ce que nous avons dit au point du vue de la paralysie hystérique en général. On observe sous la forme monoplégique les diverses variétés de la paralysie hystérique que nous avons étudiées : paralysie à forme vulgaire, paralysie par incoordination motrice, paralysie d'origine psychique.

Quant au diagnostic, je renvoie le lecteur à ce que nous avons dit au chapitre du Diagnostic en général, au sujet de la paralysie périphérique, de la paralysie organique cérébrale corticale, de la paralysie diphtérique, de la paralysie rhumatismale et de la paralysie saturnine.

Néanmoins il est une forme bien mise en lumière dans ces derniers temps par M. le professeur Charcot sous le nom de *monoplégies hystéro-traumatiques* et dont nous devons tracer rapidement le tableau.

Ainsi que le nom l'indique, le traumatisme est la cause occasionnelle de ces monoplégies.

Elles peuvent s'observer chez des hommes qui n'ont présenté jusque-là aucun des stigmates de l'hystérie, et donner lieu à des difficultés de diagnostic insolubles avant la connaissance de l'hystérie masculine.

Elles succèdent à des traumatismes variés, qu'il y ait en même temps ou non commotion cérébrale, chute, contusions, luxations, fractures, brulûres, coupures, etc., accidents de chemin de fer, choc par la foudre, etc... Souvent il y a disproportion entre l'étendue des accidents paralytiques et l'intensité du trauma.

Le membre est pris partiellement ou dans toute son étendue. La paralysie offre divers degrés d'intensité. Elle est souvent complète. Elle est flaccide ou spasmodique. Elle peut s'accompagner de contracture.

D'ordinaire la paralysie ne suit pas immédiatement le trauma-

tisme provocateur. Elle apparaît au bout de quelques heures ou de plusieurs jours.

Un des caractères les plus importants de ces monoplégies, et qui suffit à lui seul, lorsqu'il existe, pour les distinguer des paralysies dues à une lésion des nerfs, consiste dans le mode de distribution de l'anesthésie qui le plus souvent est profonde et s'étend jusqu'aux muscles et aux articulations. Cette anesthésie occupe exclusivement le membre ou le segment du membre atteint par la paralysie, et elle offre une ligne de démarcation cutanée, nettement tracée, perpendiculaire à la direction du membre, et sans aucune relation avec la distribution des nerfs de sensibilité. C'est l'anesthésie à distribution « morphologique », suivant l'heureuse expression de M. Charcot, par opposition à la distribution anatomique de l'anesthésie due aux lésions des nerfs.

Ainsi que l'a montré M. Charcot, ce mode de distribution de l'anesthésie trouve pour ainsi dire son type le plus parfait dans les paralysies par suggestion produites chez les hystériques hypnotisables pendant la période de somnambulisme. En effet, dans ces paralysies partielles du mouvement d'une jointure, doigts, poignet, coude, épaule, pour le membre supérieur, ou bien articulation des doigts de pied, cou-de-pied, genou, hanche, pour le membre inférieur, l'impuissance motrice de la jointure entraîne avec elle l'anesthésie cutanée et profonde du segment correspondant du membre. Les limites qui séparent les diverses zones d'anesthésie sont représentées ici par des lignes circulaires perpendiculaires au grand axe du membre, ainsi que le représente le schéma ci-joint (fig. 21). La ligne de démarcation du côté du tronc — pour l'épaule — décrit une sorte de cercle qui empiète en avant sur la poitrine, et en arrière sur le dos, et dont le centre serait à l'articulation scapulo-humérale; — pour la hanche, la ligne de démarcation suit le pli de l'aine et la crête iliaque, les attaches du grand fessier, laissant en dehors de la région anesthésiée, les organes génitaux et le sacrum.

La paralysie hystéro-traumatique est souvent fort tenace. Sa durée est indéterminée, mais elle se termine d'ordinaire par la guérison.

Au point de vue pathogénique l'interprétation qu'en donne M. Charcot, en s'appuyant sur des expériences de paralysies pro-

voquées dans l'état hypnotique chez les hystériques, est la suivante : il se produit au moment de l'accident un état mental spécial sous l'influence de l'émotion et du choc nerveux. Cet état mental, qui peut persister un certain temps, est plus ou moins ana-

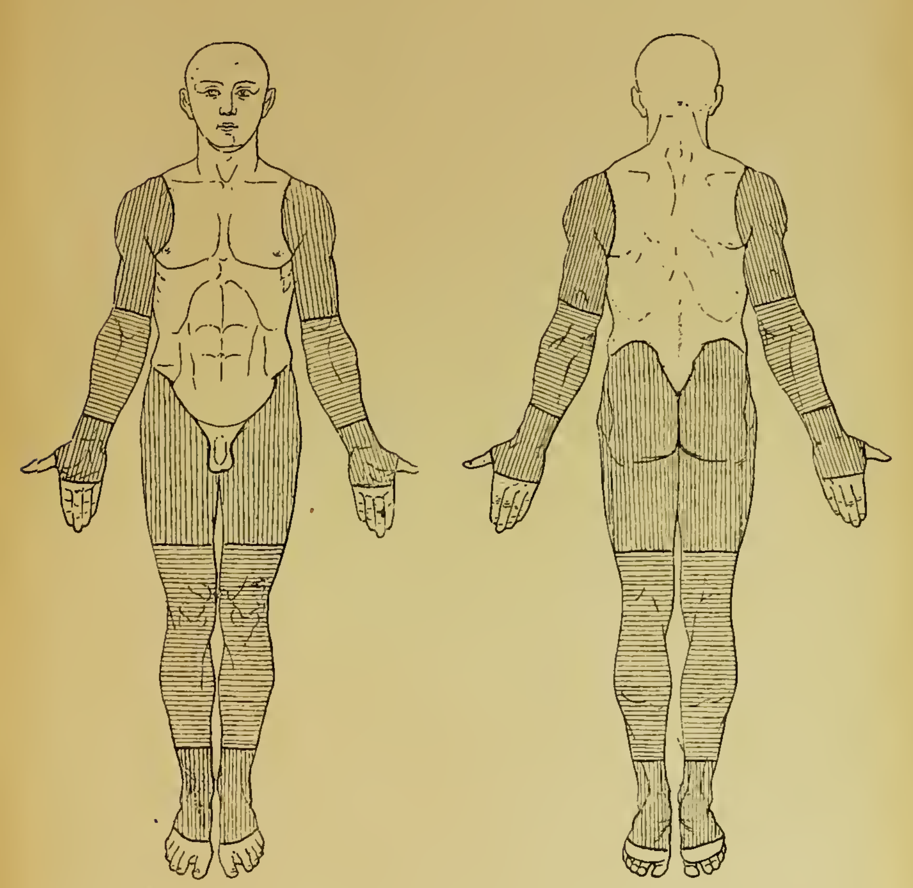


Fig. 21. — Mode de distribution de l'anesthésie hystérique dans les paralysies des diverses articulations

logue à l'état hypnotique. Grâce à lui la sensation d'impuissance motrice qui se développe dans un membre, à la suite d'un traumatisme dont il vient d'être l'objet, et qui chez un sujet normal disparaît assez rapidement, acquiert au contraire une importance

exagérée. Cette sensation devient l'origine d'une sorte d'idée fixe, qui, grâce à l'obnubilation du moi concomitante, se développe et acquiert assez de force pour se réaliser objectivement sous la forme de paralysie. En résumé, la sensation d'impuissance motrice provoquée par le traumatisme joue le rôle d'une véritable suggestion.

Ces paralysies hystéro-traumatiques seraient donc de véritables paralysies psychiques.

ARTICLE II

HÉMIPLÉGIES

I — Paralysie hémiplégique.

Cette forme de paralysie est généralement considérée comme très fréquente. D'après les relevés de M. Briquet, sur 400 observations d'hystérie. l'hémiplégie a existé 74 fois.

Le début peut en être brusque et avec ou sans perte de connaissance.

Il peut être graduel, commençant par un membre pour envahir l'autre, ou s'établissant à la fois dans les deux membres, par degrés si insensibles que le début en passe inaperçu.

L'hémiplégie affecte de préférence le côté gauche. Les deux membres sont rarement atteints au même degré; le membre inférieur est toujours beaucoup plus paralysé.

L'attitude des membres paralysés n'offre rien de spécial pour le membre supérieur qui retombe inerte le long du tronc, mais le pied subit parfois une déformation due vraisemblablement à un état de tonicité différent des groupes musculaires antagonistes. Il en résulte pour les cas prononcés un véritable pied bot paralytique. La pointe du pied est abaissée avec une ten-

dance plus ou moins prononcée à se dévier en dedans et à prendre l'attitude du varus. Il y a dans l'aspect général quelque ressemblance avec le pied bot hystérique dû à la contracture, mais il suffit de soulever la jambe et de lui imprimer quelques secousses pour voir le pied s'agiter en divers sens ; il se laisse d'ailleurs facilement déplacer, mais reprend presque aussitôt la position première.

Les ligaments se relâchent parfois au point qu'il se produit des luxations de l'articulation tibio-tarsienne (Briquet). Ces sortes de luxation se réduisent avec la plus grande facilité, mais se reproduisent de même.

Si la marche est encore possible, le malade traîne le pied à plat sur le sol : à un degré plus accusé, le pied a une tendance à tourner la plante en dedans, et le malade appuie sur le bord externe. Le trait caractéristique de la marche dans l'hémiplégie hystérique, parfaitement mis en lumière déjà par Tood, et sur lequel M. Charcot a insisté dans plusieurs de ses leçons cliniques, consiste dans la flaccidité de la jambe paralysée que le patient traîne après lui comme un corps inerte. « Quand le malade marche, dit Tood, le pied balaie (*sweeps*) le sol [1]. »

La paralysie qui a envahi les membres s'étend-t-elle à la face à la manière de ce qui se passe dans l'hémiplégie organique, ou bien la face au contraire est-elle toujours indemne ? C'est là une question jusque dans ces derniers temps fort controversée et qui mérite que nous nous y arrêtions un instant. L'absence de la paralysie des muscles de la face et de la langue dans l'hémiplégie hystérique était signalée par Tood, en 1856, en termes très catégoriques : « L'étendue de la paralysie des membres, dit-il, alors qu'il n'y en a pas trace dans la face, est un argument en faveur de la nature hystérique de l'affection, car, bien que la paralysie hystérique puisse occuper toutes les parties du tronc et des extrémités, très rarement, jamais peut-être, elle n'occupe la face. » Cette manière de voir, adoptée ensuite par Hasse, Althaus et Weir Mitchell, trouva son principal défenseur dans notre éminent maître M. le professeur Charcot, qui démontra que la déviation des traits dans l'hémiplégie hystérique n'avait point

[1] *Clinical lectures on paralysis*, 2e éd., Londres, 1856, p. 20.

pour cause un état de parésie, mais bien au contraire un état de contracture des muscles, véritable spasme qu'il désigna sous le nom de « spasme glosso-labié des hystériques », et dont MM. Brissaud et Marie ont donné, en 1888, une description régulière [1].

La conclusion était que l'hémispasme contractant les traits d'une moitié du visage donnait par contraste une fausse apparence de paralysie aux traits du côté opposé. Et, suivant que l'hémispasme siégeait du côté opposé à la paralysie des membres ou du même côté, le malade présentait les apparences de l'hémiplégie ordinaire ou de l'hémiplégie alterne. Et de fait, il ne fut pas difficile de démontrer que cet hémispasme avait échappé aux anciens observateurs, et dans plusieurs de leurs observations données comme des exemples d'hémiplégies hystériques avec participation de la face, il fut aisé d'en découvrir les signes indiscutables [2].

Les choses en étaient là lorsque de nouveaux faits, émanant cette fois d'observateurs prévenus et connaissant parfaitement l'hémispasme glosso-labié, vinrent, en 1890, établir la parfaite légitimité de la paralysie faciale hystérique. Nous la décrirons plus loin; qu'il nous suffise, pour l'instant, de dire que le plus souvent la paralysie occupe le domaine du facial inférieur, qu'elle est d'ordinaire peu accentuée et s'accompagne d'anesthésie cutanée.

Ces faits, encore peu nombreux, sont dus à MM. Chantemesse, Ballet, Donnet, Descroizille et Decoux. M. le professeur Charcot, dans une de ses conférences cliniques, les signalant à l'attention de ses auditeurs, s'inclinait devant eux et concluait que, tout en maintenant que dans la très grande majorité des cas la paralysie faciale n'accompagne pas l'hémiplégie hystérique, il faut aujourd'hui reconnaître qu'elle peut l'accompagner quelquefois.

La question est donc complexe, et l'hémiplégie hystérique peut s'accompagner soit d'hémispasme glosso-labié, soit de paralysie faciale inférieure, soit des deux à la fois, l'hémispasme

[1] *Progrès méd.*, 1888.

[2] Cas de Strassmann (*Deut. méd. Wochsft*, 1890); de Lebreton, thèse, 1868; de Hélot, thèse, 1870.

occupant un côté de la face, et la paralysie l'autre côté ainsi qu'il en existe plusieurs observations [1].

En résumé, ces faits, qu'il s'agisse d'hémispasme ou de paralysie faciale, n'en doivent pas moins être considérés comme exceptionnels dans l'histoire de l'hémiplégie hystérique qui dans la règle n'entraîne pas la participation de la face.

La perte de la parole n'est pas non plus un fait vulgaire. Mais elle peut se montrer soit au début, soit au cours de l'affection. Il en est de même des paralysies viscérales qui d'ordinaire ne font pas partie du tableau de la maladie et doivent plutôt être regardées comme des complications.

Par contre l'hémiplégie hystérique est presque toujours accompagnée non seulement de l'anesthésie de la peau des membres paralysés, mais aussi des parties profondes, muscles, périoste et os. De plus, l'anesthésie affecte le type hémianesthésie cérébrale, c'est-à-dire qu'elle intéresse la face dont les mouvements sont le plus souvent indemnes, et les organes des sens. Elle peut d'ailleurs s'étendre au-delà des parties paralysées et devenir générale.

Je ne reviendrai pas ici sur les autres caractères signalés au chapitre de la Symptomatologie générale. L'hémiplégie rentre le plus souvent dans le type décrit sous la dénomination de forme vulgaire (voy. p. 25).

Au sujet de l'état des réflexes tendineux et de la diathèse de contracture, je me contenterai de faire remarquer qu'il existe souvent un retentissement de l'affection sur le côté sain. On peut constater, de même que dans les hémiplégies de cause organique, la répercussion de certains phénomènes spasmodiques du côté paralysé sur le côté non paralysé (trépidation spinale, réflexes tendineux), et l'existence, dans le membre sain, de mouvements associés.

Ce genre de paralysie est l'un des plus sujets aux récidives (Briquet). L'hémiplégie passe brusquement d'un côté à l'autre, ou alterne avec un autre genre de paralysie.

Le *pronostic* de l'hémiplégie hystérique n'est point sérieux.

[1] Brissaud et Marie, *Progrès méd.*, 1888, et Ballet, *Société méd. des Hôpitaux*, 24 oct. 1890.

Bien que fort tenace parfois, surtout chez les hommes, elle se termine d'ordinaire par la guérison. Cette terminaison heureuse survient quelquefois inopinément, d'autres fois elleest le dernier terme d'une amélioration progressive.

Enfin on peut voir la paralysie se transformer en contracture permanente, soit sur un seul membre, soit sur les deux membres à la fois.

Diagnostic. — Il est du plus haut intérêt de distinguer l'hémiplégie hystérique de l'hémiplégie due à une lésion organique du cerveau, puisque, si la première est sans gravité sérieuse, il n'en est pas de même de la seconde toujours incurable. Ce diagnostic, d'ordinaire facile, peut présenter quelquefois les plus sérieuses difficultés. En effet, il n'est pas un signe de l'hémiplégie organique qui ne puisse se rencontrer dans l'hémiplégie hystérique, laquelle ne présente en réalité aucun signe qui lui appartienne exclusivement. Le début subit avec perte de connaissance, l'exaltation des réflexes tendineux, la raideur dans les membres paralysés, les mouvements associés, la contracture, l'atrophie musculaire, sont autant de signes de l'hémiplégie provoquée par une lésion organique du cerveau, mais ils peuvent se rencontrer également dans l'hystérie. Si nous ajoutons maintenant la participation de la face susceptible de se voir dans l'un comme dans l'autre cas, il semble que la distinction devienne impossible. Et cependant, même dans les cas les plus complexes, le diagnostic pourra être établi, il trouvera ses éléments d'appréciation dans l'étude approfondie du symptôme lui-même, dans son évolution, et surtout dans le groupement des divers symptômes.

S'il est vrai, ainsi que le pensent Debove et Achard [1], que toutes les formes de l'ictus apoplectique, depuis le simple étourdissement jusqu'à la grande attaque de coma, puissent être réalisées par l'hystérie, il n'en existe pas moins, dans la grande majorité des cas, des différences fort appréciables entre le véritable choc apoplectique et la perte de connaissance qui inaugure l'hémiplégie hystérique. Dans ce dernier cas, en effet, c'est ou à une attaque de sommeil à début subit, ou à un accès épileptoïde incomplet qu'on a affaire, et il est bien rare qu'on ne puisse

[1] *De l'apoplexie hystérique*, Ch. Achards, Th., Paris, 1887.

saisir quelques-uns des phénomènes de l'*aura* dans les instants qui ont précédé ou bien, au contraire, dans les instants qui suivent, quelques autres signes plus ou moins effacés de la grande attaque, tel que l'arc de cercle, quelques hallucinations passagères, un peu de délire, etc.

Dans les premiers jours qui suivent l'invasion brusque de l'hémiplégie, la température, s'il existait quelques incertitudes, pourrait donner des renseignements utiles. MM. Charcot et Bourneville ont montré que dans l'hémorragie cérébrale la température baisse d'abord jusqu'à 36 et 35 degrés, puis remonte jusqu'à près de 40 degrés pour revenir graduellement à l'état normal dans une troisième période, ou pour monter encore si la terminaison doit être fatale. Enfin, la douleur de tête des hystériques, le clou hystérique, ne sera pas confondue avec la douleur gravative et profonde qui accompagne les lésions du cerveau.

Le diagnostic s'appuiera en outre sur les caractères symptomatiques suivants :

L'anesthésie cutanée est très rare dans les cas d'hémiplégie, tandis qu'elle est pour ainsi dire la règle dans l'hémiplégie hystérique. La paralysie de la face dans l'hystérie est généralement peu accentuée et s'accompagne toujours de troubles de la sensibilité.

Enfin les signes les plus importants pourront être tirés du mode de développement qui n'est lent, progressif, envahissant un membre après l'autre, passant d'un côté du corps à l'autre pour s'y confiner, que dans les hémiplégies hystériques. Ce n'est également que dans l'hystérie que l'on observe ces variations dans le degré de la paralysie, ces alternatives de rémissions et d'exacerbations sous l'influence des causes les plus variées.

II. — Contracture hémiplégique.

Dans cette forme, la contracture affecte les membres supérieurs et inférieurs du même côté. D'après Bourneville et Voulet, sur dix cas de contracture hémiplégique, sept fois elle siégeait à gauche, et trois fois seulement à droite. Dans cinq cas, la contracture frappa simultanément les membres d'un même côté. Dans

deux cas, elle atteignit d'abord le membre inférieur, puis le membre supérieur.

Elle succède souvent à la paralysie hémiplégique. Nous l'avons vue maintes fois précéder ou suivre les grandes attaques convulsives.

La contracture imprime aux membres les attitudes suivantes :

Membre inférieur. — Le membre inférieur est dans l'extension et dans l'adduction et souvent aussi dans la rotation en dedans. La hanche, le genou, le pied sont rigides et ne peuvent être fléchis : le membre dans son ensemble ne peut être porté en dehors ; la rotule vient appuyer sur la face interne du genou de la jambe saine. En raison de la contracture des muscles de la hanche et d'une légère élévation du bassin de ce côté, le membre contracturé paraît un peu plus court que le membre sain.

Le pied a l'attitude du pied bot varus équin ; le talon est plus élevé ; la face dorsale du pied est renversée en dehors ; la face plantaire, devenue concave, regarde en dedans et en haut ; le pied repose sur le bord externe. En général les orteils sont fléchis plus ou moins fortement. La malléole interne est effacée, et l'externe très proéminente.

Membre supérieur. — Au membre supérieur, l'attitude la plus fréquente est la flexion. Bourneville et Voulet en donnent la description suivante :

Le bras dans l'adduction est appliqué sur la partie latérale et un peu antérieure du tronc ; l'avant-bras, d'ordinaire dans la supination, est fléchi à angle droit sur le bras et repose par son bord cubital sur la base du thorax ; la main est fortement fléchie à angle droit sur l'avant-bras ; les doigts sont aussi énergiquement fléchis sur la paume de la main, et, le plus souvent, le le pouce est dans l'adduction recouvert par les autres doigts.

Les articulations de l'épaule, du coude, du poignet et des doigts sont extrêmement rigides.

La description précédente, relative à l'attitude des membres dans la contracture hémiplégique, répond à la grande majorité des cas. Mais on peut rencontrer à ce sujet de grandes variétés. Le membre inférieur peut être dans la flexion, et le membre supérieur dans l'extension. Cette attitude d'extension du membre supérieur a été signalée par Bourneville et Voulet ; les doigts

seuls restent dans la flexion. Dans une autre variété, le membre supérieur en se tordant vient se fixer derrière le tronc. Enfin, la contracture peut être alterne, et intéresser le membre supérieur d'un côté, le membre inférieur de l'autre. Nous avons eu l'occasion d'observer ce mode de distribution de la contracture dans les instants qui précédaient la grande attaque d'hystérie.

La contracture hémiplégique peut s'accompagner de contractures siégeant dans d'autres parties du corps. Une malade de MM. Bourneville et Voulet présenta du trismus alors qu'elle était atteinte d'une contracture des membres du côté gauche du corps. Les auteurs ont cité des cas d'hémicontracture faciale, mais il n'existe pas de relations entre la contracture d'une moitié de la face et la contracture des membres du même côté du corps [1].

Parfois, la forme hémiplégique n'est qu'une phase de transition pour ainsi dire et est précédée ou suivie des autres formes de la contracture : c'est ainsi qu'on voit une même malade (Etch., obs. de MM. Bourneville et Voulet) présenter successivement une contracture du membre inférieur gauche, à laquelle vient s'ajouter une contracture du membre supérieur gauche (forme hémiplégique); puis une contracture du membre supérieur droit suivie bientôt d'une contracture du membre inférieur droit (forme générale) ; retour à l'état normal du membre supérieur droit, puis successivement des deux membres inférieurs ; localisation de la contracture au membre supérieur gauche, retour de la contracture au membre inférieur gauche (forme hémiplégique). Dans ces cas complexes, il s'ajoute bien d'autres phénomènes hystériques, et le diagnostic de la contracture n'offre pas de difficultés. Mais il n'en est pas de même si l'on voit en dehors de tout symptôme hystérique la contracture hémiplégique se développer dans des membres déjà paralysés. Elle offre alors quelques analogies superficielles avec la contracture tardive des hémiplégiques dont les caractères suivants permettront de la distinguer. La contracture conséquence de l'hémiplégie organique ne survient d'ordinaire que tardivement et n'envahit que progressivement et

[1] Je n'insisterai pas sur les autres manifestations hystériques qui accompagnent la contracture hémiplégique, telles que l'héminanesthésie, l'ovarie localisée au même côté du corps. Nous avons eu occasion d'observer un cas de contracture hémiplégique à forme douloureuse. Briquet en rapporte un exemple dans son livre.

lentement des membres depuis déjà longtemps paralysés. Le diagnostic pourra donc déjà s'appuyer sur les signes différentiels sur lesquels nous avons insisté précédemment au sujet de la paralysie hémiplégique hystérique et de l'hémiplégie organique. La contracture hystérique a d'ordinaire un début plus ou moins brusque, et peut se montrer peu de temps après le début de la paralysie. Dans les lésions organiques cérébrales, c'est le membre supérieur qui est envahi le premier ; dans l'hystérie, la contracture débute souvent par le membre inférieur ou envahit les deux membres à la fois. Une fois que la contracture organique s'est montrée, elle progresse fatalement sans montrer les variations, les alternatives de rémission ou d'exacerbation que présente parfois la contracture hystérique. Ce n'est souvent qu'au bout d'un temps très long que la contracture organique acquiert un grand degré d'intensité ; la contracture hystérique, au contraire, atteint le *summum* d'intensité dès le début. Dans la contracture organique, la contracture existe à un degré inégal aux deux membres, d'ordinaire plus accusé au membre supérieur ; dans l'hystérie, la contracture est aussi intense partout. La contracture hystérique guérit toujours et souvent brusquement, la contracture de l'hémiplégie organique ne cède qu'aux progrès de l'atrophie musculaire.

ARTICLE III

PARAPLÉGIES

Lorsque la paralysie hystérique est localisée dans les membres inférieurs, en outre des caractères communs aux paralysies hystériques en général, les auteurs (Leroy d'Etiolles, Briquet, Lebreton), lui reconnaissent les particularités suivantes. A part l'influence de la fatigue et de la marche forcée, les causes de la paraplégie hystérique n'offrent rien de spécial. D'après Briquet, elle est souvent accompagnée, au moins dans le début, d'une céphalalgie gravative, continue, fort pénible. Elle n'offre pas au

même degré que les autres paralysies cette instabilité qui fait le caractère des paralysies hystériques. Chez près de la moitié des malades, on observe un ensemble de troubles du côté du ventre, une tympanite considérable avec tension très douloureuse de l'abdomen, avec rétention d'urine, et constipation que rien ne peut vaincre. Il est rare que la menstruation se fasse bien chez les paraplégiques. Enfin la paralysie peut être flasque ou spasmodique et présenter tous les degrés de rigidité, depuis la simple exagération des réflexes jusqu'à la contracture la plus intense.

La contracture des membres inférieurs succède à la paralysie, ou se montre à la suite d'une attaque, ou bien survient d'emblée, précédée seulement de quelques troubles de la sensibilité, quelquefois de tremblement, même de chorée.

D'après Bourneville et Voulet, sur huit cas de contracture paraplégique, la contracture a frappé d'emblée les deux membres quatre fois, et dans les quatre autres elle les a envahis successivement.

Lorsque la contracture est établie, les membres sont rigides, dans l'extension avec abduction : les genoux sont rapprochés et comme collés l'un à l'autre ; les pieds affectent l'attitude du pied bot équin, soit direct, soit varus.

Si la contracture a envahi les hanches, la marche est impossible, et la malade est confinée au lit. Lorsqu'on essaie de soulever les membres inférieurs, en les tenant par les pieds seulement, toute la partie inférieure du corps est entraînée, le bassin quitte le plan du lit, et la malade ne repose plus que par la partie supérieure du corps.

Lorsque les articulations coxo-fémorales ont conservé quelques mouvements, la malade peut, à l'aide de béquilles, faire quelques pas. Elle appuie d'ordinaire sur l'extrémité des orteils et le bord externe des pieds. Quelquefois, comme dans une observation de Buzzard [1], elle progresse par bonds ; dans d'autres cas, la démarche ressemble à celle de la paralysie spasmodique de cause organique.

La paraplégie hystérique se termine d'ordinaire par la guérison complète quelles qu'aient été sa durée et sa gravité, mais il n'en est pas toujours ainsi. Et je rappellerai ici qu'il arrive que la contrac-

[1] *Clinical lectures on diseases of the nervons system.* London, 1882.

ture laisse après elle un état de rétraction musculo-tendineuse qui maintient la déformation, empêche la marche, et réclame un traitement chirurgical.

Je distinguerai, parmi les paraplégies hystériques, les formes suivantes :

1° Paraplégie par défaut de coordination motrice : astasie, abasie ;

2° Paraplégie hystéro-traumatique ;

3° Paraplégie hystérique spontanée simulatrice d'une lésion organique de la moelle.

I. — Astasie. — Abasie.

C'est sous la forme paraplégique que se présente d'ordinaire la variété de paralysie hystérique que nous avons étudiée précédemment sous la dénomination de paralysie par défaut de coordination motrice. Je ne reviendrai pas ici sur la description exposée déjà avec détails.

Je rappellerai seulement qu'elle se rencontre souvent chez les jeunes enfants comme première manifestation de l'hystérie et que l'inaptitude absolue pour la station verticale ou la marche coïncide avec la possibilité de mouvements souvent étendus lorsque le malade est couché. Ce fait n'avait pas échappé à Briquet qui dit : « Il y a de quoi s'étonner de voir des malades mouvoir leurs membres inférieurs avec assez de facilité et de force tant qu'elles sont dans leur lit. et être incapables de se tenir le plus petit instant sur leurs membres. » Il n'y a point d'ordinaire d'exagération des réflexes tendineux ni aucun phénomène spasmodique. L'anesthésie cutanée ne fait point partie du tableau clinique.

La guérison s'obtient d'ordinaire assez facilement, mais on peut voir à cette forme de paralysie succéder la forme vulgaire, ce qui constitue une véritable aggravation.

II. — Paraplégie hystéro-traumatique.

Nous avons vu, au chapitre de l'Étiologie, le rôle important que joue le traumatisme dans la production des paralysies hysté-

riques. Lorsque la paralysie siège aux deux membres inférieurs, le trauma, qui a consisté le plus souvent en une chute violente ou en un choc sur le bassin ou sur la colonne vertébrale, ajoute un trait de plus à la ressemblance avec les paraplégies qui résultent d'une lésion médullaire, conséquence d'une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale. C'est qu'en effet la paraplégie hystéro-traumatique peut offrir les plus grandes analogies avec les paraplégies organiques également d'origine traumatique. Dans un récent travail [1], notre ami M. Souques a insisté avec beaucoup de raison sur les analogies et aussi sur les signes qui pouvaient permettre de différencier ces deux sortes de paraplégies. « Il n'est peut-être, dit-il, qu'un seul signe qui permette d'affirmer, à coup sûr, la présence exclusive de l'hystérie ou d'une lésion spinale : c'est la distribution de l'anesthésie cutanée.

« Dans la névrose, l'anesthésie a des limites nettes, segmentaires, « morphologiques, » respectant les organes génitaux à la région sacrée ; elle est limitée supérieurement par une ligne courbe qui passe en avant par le pli de l'aine et en arrière par la crête iliaque. » Nous avons déjà insisté sur cette distribution segmentaire de l'anesthésie, à propos des monoplégies (voy. p. 161).

Dans les paraplégies spinales, les limites supérieures de l'anesthésie cutanée sont en rapport avec la hauteur de la lésion ou de la compression médullaire. Elles sont représentées par une ligne droite plus ou moins perpendiculaire à la ligne médiane du corps, passant, suivant les cas, au-dessus ou au-dessous de l'ombilic. Non seulement l'anesthésie cutanée atteint ici les membres inférieurs, mais encore les organes génitaux, l'abdomen, les régions sacrée et lombaire, dans une hauteur variable.

M. Souques résume ainsi les autres signes différentiels, et les divise par ordre de valeur en trois groupes.

Pour la lésion spinale, on aura :

1° Des *signes de présomption :* atrophie musculaire, incontinence d'urine, élévation de température, fourmillements douloureux, rachialgie osseuse, abolition des réflexes, troubles électriques ;

[1] Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière. Thèse, Paris, 1891.

2° Des *signes de quasi-certitude :* escarre, cystite purulente ;

3° Des *signes de certitude :* distribution de l'anesthésie cutanée.

Le mode de début et l'évolution peuvent également fournir des renseignements utiles.

Lorsqu'il y a lésion de la moelle, le début est d'ordinaire brusque, tandis que nous avons vu que la paralysie hystérique ne survient souvent qu'un certain temps, plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours après l'action du choc.

III. — Paraplégies hystériques spontanées simulatrices d'une lésion organique de la moelle.

Il est important de savoir qu'il n'est pas que les paralysies hystéro-traumatiques qui simulent les paralysies organiques; celles qui surviennent sous l'influence de toute autre cause peuvent revêtir les mêmes caractères. Depuis longtemps, M. le professeur Charcot insiste sur cette propriété qu'ont les affections nerveuses *sine materia* de simuler les maladies organiques [1].

En 1882, Buzzard a publié un intéressant chapitre sur la simulation hystérique des maladies de la moelle et sur les difficultés de diagnostic qui peuvent en résulter. Tout dernièrement cette étude a été reprise avec beaucoup de détails par M. Souques dans l'excellente thèse à laquelle nous avons déjà fait quelques emprunts.

Pour ce qui a trait plus particulièrement à la simulation hystérique des paraplégies organiques, M. Souques résume ainsi les signes diagnostiques qui peuvent permettre de déceler la véritable nature des accidents paralytiques.

1° Les *troubles de la sensibilité sont différents.* — Dans la paraplégie organique, les hyperesthésies, les engourdissements, les fourmillements, les sensations subjectives sont la règle. Les douleurs subjectives sont plus rares dans l'hystérie. L'anesthésie cutanée, au contraire, accompagne fréquemment les troubles moteurs de la névrose et présente des caractères et une délimitation si particuliers qu'on ne la confondra pas avec les anesthé-

[1] Charcot, *Leçons sur les mal. du syst. nerveux*, t. III, p. 16.

sies inégales et diffuses des myélites qui siègent dans le territoire d'un nerf ou bien sont délimitées par une ligne perpendiculaire à l'axe du tronc.

2° Les *troubles moteurs*, *l'exagération des réflexes*, *les trépidations spinales* ne peuvent donner d'indication certaine. On peut les rencontrer dans les deux cas.

3° L'*examen électrique* pourra être un précieux auxiliaire. Les réactions électriques se troublent assez rapidement dans les paralysies spinales. Mais il ne faut pas oublier que ces troubles électriques peuvent se rencontrer aussi dans les paraplégies hystériques.

4° Les *troubles trophiques*, tels que *escarres*, ulcérations profondes, atrophie musculaire, plaident plutôt pour l'origine médullaire organique. Mais l'atrophie musculaire n'est pas rare dans l'hystérie. Le *décubitus* avec *signes généraux graves* serait caractéristique de l'organopathie spinale.

5° Les *accidents vésico-rectaux :* rétention, incontinence d'urine, etc., sont communes aux deux affections; l'*incontinence* est plus rare dans l'hystérie. La *cystite purulente* appartient aux lésions organiques; les myélopathiques ne sentent pas le besoin d'uriner, ni le passage de l'urine ou de la sonde à travers l'urèthre. Les hystériques perçoivent ce besoin, ainsi que le passage du cathéter; ils le témoignent hautement.

6° Si cette étude peut donner des présomptions, c'est *surtout* dans les *phénomènes intrinsèques :* antécédents commémoratifs, évolution, etc., que l'on puisera les véritables éléments du diagnostic.

La recherche des stigmates et autres symptômes de l'hystérie viendra corroborer le diagnostic, en affirmant l'existence de la grande névrose.

Mais il peut arriver que tous les autres symptômes hystériques fassent défaut. L'anesthésie cutanée elle-même n'existe pas, et le trouble moteur est là isolé, seule manifestation de la névrose. M. Souques rapporte plusieurs exemples de ces cas, qu'il convient de désigner sous le nom de paraplégie hystérique monosymptomatique.

On comprend que le diagnostic devient alors particulièrement difficile. Il ne pourra être fait que par exclusion, après avoir éliminé les paralysies par compression médullaire : tubercu-

lose vertébrale, cancer, etc., les paraplégies syphilitiques, rhumatismales, etc., l'hématorachis, l'hématomyélie, etc., et en s'appuyant sur les signes actuels, les commémoratifs et l'évolution, mode de début, marche et terminaison.

ARTICLE IV

QUADRIPLÉGIES

I. — Paralysies des quatre membres.

Les paralysies des quatre membres sont plus rares que l'hémiplégie et la paraplégie. Sur cent vingt paralysies, Briquet ne la signale que six fois, et dans une monographie spéciale[1] M. Chevalier n'a pu en réunir que vingt et un cas authentiques.

Le début en est brusque ou graduel. Dans le premier cas, la paralysie survient à la suite des crises convulsives ou d'une vive émotion. Elle peut alors ne pas suivre immédiatement le choc moral et ne se produit tout d'un coup que quelques heures après.

Quand la paralysie s'établit graduellement, elle envahit un membre d'abord, puis un autre, le membre inférieur avant le membre supérieur, et le côté gauche d'ordinaire avant le côté droit.

La paralysie, qui a envahi les quatre membres, respecte la face et les muscles du tronc. Par contre, la vessie est assez souvent paralysée. On peut observer aussi de l'aphonie, de la dysphagie, mais jamais de dyspnée ni de troubles respiratoires sérieux. Il n'existe pas de forme bulbaire de la paralysie hystérique.

Rarement la perte de la motilité est absolue : quelques faibles mouvements persistent dans les extrémités. Le degré de l'akinésie varie d'un membre à l'autre : il est généralement plus prononcé d'un côté que de l'autre, quelquefois plus aux membres inférieurs qu'aux supérieurs.

[1] *Etudes sur les paralysies hystériques des quatre membres.* Th., Paris, 1877.

Dans une observation de Landouzy, la paralysie, qui était générale, disparaissait pendant des accès de somnambulisme pour reprendre au réveil toute son intensité. Quelques auteurs ont signalé le refroidissement des membres paralysés. Rien de spécial sous le rapport de la contractilité électrique. Les muscles conservent d'ordinaire leur volume : il n'a pas été signalé d'atrophie.

Je n'insisterai pas sur les phénomènes concomitants qui sont ceux de l'hystérie en général : anesthésie plus ou moins profonde, quelquefois hyperesthésie, zones douloureuses, ovarie.

La contracture est considérée par Briquet comme une complication rare. Nous pensons, au contraire, qu'elle s'observe fréquemment. On pourra lire à ce sujet la très instructive observation de la nommée Etcher. (Bourneville et Voulet, *loc. cit.*, p. 63.)

La durée de cette forme de paralysie ne saurait être précisée : elle est plus longue, en général, que les autres variétés de paralysie hystérique, surtout quand elle se complique de contracture. Elle peut cependant ne durer que quelques jours avec des rechutes (Obs. de Th., citée par Chevalier[1]).

Le pronostic, quoique moins bénin que dans les autres formes de paralysie, ne comporte aucune gravité réelle quand la diathèse hystérique est seule en jeu. Les exemples de mort doivent être attribués à quelque complication ou mis sur le compte d'une erreur de diagnostic.

Diagnostic. — La paralysie des quatre membres est rare dans les lésions organiques du cerveau, ce qui s'explique par la nécessité d'une double lésion qui intéresse symétriquement chaque hémisphère. Le diagnostic de ces cas exceptionnels, qui ne sont en réalité qu'une double hémiplégie, ne diffère pas de celui que nous avons exposé plus haut au sujet de la forme hémiplégique.

Quant aux maladies de la moelle, une myélite diffuse, pour entraîner la paralysie des quatre membres, doit siéger à la partie supérieure de la moelle et s'accompagner alors de signes suffisamment caractéristiques pour que nous n'ayons pas à y insister ici.

Parmi les lésions systématiques, il n'en est qu'une qui puisse

[1] *Loc. cit.*, p. 32.

prêter à confusion, et encore les différences sont-elles capitales : je veux parler de la paralysie spinale des adultes lorsqu'elle est générale et subaiguë.

En effet, le début de cette forme de paralysie de cause médullaire se fait sans fièvre et sans modification de l'état général. Les symptômes sont exclusivement relatifs à la motilité. L'envahissement de l'impuissance motrice est plus ou moins rapide : cela varie entre quelques jours et quelques semaines. Les extrémités inférieures et supérieures sont prises à la fois; plus rarement les supérieures le sont en premier lieu. Les réflexes cutanés et tendineux sont abolis, et les muscles ne tardent pas à être le siège d'une atrophie en masse progressive. L'exploration électrique donne la réaction de dégénérescence. Ces derniers signes sont d'une grande importance dans l'espèce. Enfin, il n'y pas de troubles de la sensibilité. Comme la paralysie hystérique, la paralysie spinale des adultes n'est pas fatalement progressive. Elle offre des périodes d'arrêt dans la marche des symptômes, avec des améliorations, et peut même se terminer par la guérison.

Je rappellerai ici que les paralysies consécutives à la diphtérie peuvent affecter les quatre membres. Je ne reviendrai pas sur ce que nous avons dit précédemment à ce sujet. Le diagnostic devient particulièrement embarrassant lorsque les deux sortes de paralysie se montrent à la fois chez un même sujet, et alors il est quelquefois difficile de reconnaître ce qui appartient à l'hystérie ou à la diphtérie. Nous en avons dit un mot au sujet des complications.

II. — Contracture des quatre membres.

Cette forme de la contracture ne s'observe d'ordinaire que dans les cas d'hystérie grave. Souvent, elle suit ou précède les grandes attaques convulsives et ne se prolonge guère au-delà de quelques heures (voir pages 6 et suiv.). Elle peut cependant revêtir les caractères de la contracture permanente.

Dans ce cas, elle succède à une paralysie plus ou moins étendue et n'envahit les membres que les uns après les autres.

Les quatre membres sont contracturés dans leurs différents seg-

ments, ou bien la contracture est limitée aux extrémités (aux pieds et aux mains) (voyez fig. 22).

Lorsque la contracture est générale, les membres inférieurs sont ordinairement dans l'extension et présentent les caractères que nous avons exposés en détail à la forme paraplégique. Quant aux membres supérieurs, tantôt ils sont tous les deux dans la flexion, ou dans des positions variables.



Fig. 22. — Contracture hystérique des extrémités.

Dans cette forme de la contracture, l'anesthésie est d'ordinaire générale, et souvent l'hyperesthésie ovarienne est double.

On peut voir survenir des contractures partielles soit des muscles de la vie de relation, soit des muscles de la vie organique ; la contracture d'une moitié de la face, le trismus, le laryngisme, enfin, ont été observés chez la malade Etcher...

Il n'est pas question ici d'une variété de la grande attaque hystérique qui mérite le nom d'attaque de contracture et dans laquelle les quatre membres et tout le tronc sont contracturés dans l'extension. Le caractère paroxystique de ces sortes de contracture les éloigne des symptômes permanents.

CHAPITRE II

PARALYSIES ET CONTRACTURES PARTIELLES PROPREMENT DITES

ARTICLE PREMIER

CONTRACTURES ET PARALYSIES DE LA FACE

I. — Contractures.

Pas plus que les muscles des membres, les muscles de la face n'échappent à la contracture. L'existence simultanée de la contracture dans les deux régions a été plus d'une fois signalée. On observe aussi des cas de contracture limités à la face ou à une partie de la face, tout le reste du corps restant indemne. Bourneville et Voulet ont cité plusieurs exemples de contracture faciale : entre autres, une observation due à M. Ollivier dans laquelle la contracture survenue à la suite d'une vive émotion occupait toute la moitié gauche de la face. Cette forme hémiplégique est d'ailleurs la plus fréquente. Plus rarement, la contracture s'étend aux deux côtés du visage, et presque tous les muscles de la face sont intéressés.

Dans la forme hémiplégique, les traits sont déviés comme dans la paralysie faciale, avec cette différence que la déviation se fait du côté malade. La peau est lisse et tendue du côté sain, tandis que les rides sont profondes du côté contracturé, l'œil est étroite-

ment fermé, la paupière plissée (fig. 23). La confusion avec la paralysie de l'autre moitié de la face est signalée par Bourneville et Voulet dans les cas où la déformation est modérée. Ces auteurs citent un exemple dans lequel l'erreur de diagnostic fut commise par des praticiens distingués.

Avant d'envahir tout un côté de la face, la contracture est souvent plus localisée. C'est, par exemple, un blépharospasme qui



Fig. 23. — Contracture hystérique du côté droit de la face.

se complique de contracture des autres muscles de la face, ou bien un spasme qui des lèvres et de la bouche gagne la partie supérieure du visage.

La contracture de la face se présente sous la forme tonique ou sous la forme clonique. Dans le premier cas, la déformation est permanente et persiste au même degré. Dans le second elle se traduit par des mouvements involontaires, brusques et fréquemment répétés. Cette forme clonique n'est pas rare, elle constitue une variété de tic non douloureux de la face. Nous en avons observé un cas fort intéressant dans le service de M. Charcot chez une femme de soixante et un ans qui avait présenté depuis l'âge de seize ans les accidents hystériques les plus graves.

Enfin les deux formes existent simultanément, et l'on voit à une

déformation permanente s'ajouter de fines vibrations ou des mouvements spasmodiques plus étendus.

Il est inutile d'insister davantage sur les contractures de la face plus ou moins généralisées, et le tableau qu'en ont laissé les auteurs est assez vague. On y trouve confondus, à n'en pas douter, plusieurs syndromes nettement définis aujourd'hui, tels que le blépharospasme ou l'hémispasme glosso-labié récemment décrits, et peut-être encore d'autres que l'avenir découvrira.

Pour l'instant, et sans plus tarder, nous consacrerons quelques pages aux contractures partielles de la face suivantes : le blépharospasme, l'hémispasme glosso-labié, le trismus.

A. — *Contracture du muscle orbiculaire des paupières. Blépharospasme.*

La contracture de l'orbiculaire des paupières reconnaît les mêmes causes que toute autre contracture hystérique. Elle survient à la suite d'une attaque, d'un traumatisme parfois fort léger, d'une affection conjonctivale bénigne, etc., ou bien d'une simple impression psychique, frayeur ou émotion.

On peut faire apparaître le blépharospasme par la pression d'une zone hyperesthésique du voisinage. Il peut cesser sous la même influence, comme dans un cas que nous avons observé et dans lequel la pression sur la région orbitaire le faisait disparaître momentanément.

Le blépharospasme est assez souvent sous la dépendance de l'hystérie fruste. Quand il s'observe sans le cortège des symptômes habituels, il constitue une variété d'hystérie locale dont la nature, semble-t-il, est fréquemment méconnue. Les accidents revêtent plusieurs formes cliniques.

a) *Forme clonique.* — Elle est caractérisée par des clignements plus ou moins répétés des paupières qui ne diffèrent pas de ceux que l'on observe dans la forme vulgaire de cette affection. Les contractions ordinairement unilatérales peuvent s'irradier aux autres muscles de la face. Elles s'accompagnent d'une photophobie plus ou moins prononcée, de névralgies péri-orbitaires, d'injection de la conjonctive et de larmoiement.

b) *Forme tonique.* — Il se produit alors une contracture énergique et permanente de l'orbiculaire. La peau des paupières et des parties voisines est fortement plissée : la déformation s'étend quelquefois à toute la moitié de la face avec déviation de la commissure des lèvres du même côté, lorsque plusieurs branches du facial sont intéressées. La photophobie est beaucoup plus prononcée que dans le blépharospasme clonique, les douleurs sont parfois excessives dans la moitié correspondante de la tête. On arrive à découvrir à grand'peine le globe de l'œil que l'on trouve un peu injecté et ordinairement dévié convulsivement en haut et en dedans.

c) *Forme pseudo-paralytique.* — Dans cette forme, les malades présentent un ptosis ordinairement incomplet qui, au premier abord, fait songer à une paralysie du releveur de la paupière, lequel effectivement doit jouer un certain rôle dans ce trouble d'innervation un peu complexe où les deux muscles antagonistes, le releveur et l'orbiculaire, paraissent intéressés. Le plissement de la peau fait défaut ; si l'on recommande à la malade d'ouvrir l'œil, elle rejette instinctivement la tête en arrière, et l'on voit le frontal se contracter énergiquement pour lutter contre l'inertie de la paupière, comme dans le ptosis paralytique. Cependant, lorsqu'on relève la paupière avec le doigt, on remarque qu'elle retombe plus énergiquement que dans la paralysie flaccide ; il existe en outre un certain degré de photophobie, et dans une demi-obscurité la malade peut, par moments, relever assez complètement la paupière. Il y a habituellement des douleurs fronto-pariétales du même côté.

Cette blépharoptose peut être remplacée par un blépharospasme caractérisé. L'inverse a lieu aussi quelquefois.

Le diagnostic entre la paralysie du releveur et la contracture de l'orbiculaire n'est pas sans présenter de grandes difficultés. Un signe objectif d'une grande valeur a été relevé dernièrement par M. Charcot, et est destiné dans les cas difficiles à rendre les plus grands services. Il a été décrit par notre maître sous le nom de *signe du sourcil.* Il consiste dans l'abaissement du sourcil du côté où siège le spasme. Dans le ptosis paralytique, le sourcil est au contraire plus élevé que du côté sain.

Enfin il est encore un signe fort important signalé par M. Gilles

de la Tourette, et qui révèle d'une façon presque indubitable la nature hystérique du trouble moteur observé. Il consiste dans la coexistence, quelle que soit la forme du spasme, de troubles de la sensibilité exactement localisés aux conjonctives, aux paupières et à la région péri-orbitaire dans une étendue d'environ 2 centimètres en dehors de l'orbite. Dans le spasme non douloureux, c'est de l'anesthésie. Dans le spasme douloureux avec photophobie, c'est au contraire de l'hyperesthésie affectant exactement la même localisation.

Le blépharospasme hystérique se complique souvent de la contracture des autres muscles de la face. Il s'associe fréquemment avec d'autres troubles de l'appareil de la vision, tels que l'amblyopie, la dyschromatopie, le rétrécissement du champ visuel, etc., dont nous n'avons pas à parler ici. Nous ne nous étendrons pas davantage sur la coexistence de spasmes des muscles du globe oculaire, qui expliquent la diplopie qui existe quelquefois, mais dont la constatation est le plus souvent fort difficile.

L'occlusion de l'œil cache le strabisme et la diplopie, de sorte que ni le malade ni le médecin n'y prêtent attention. Une exploration méthodique est d'ailleurs, dans ces conditions, généralement impossible, tant à cause du blépharospasme que de la photophobie. Lorsqu'on écarte les paupières, l'œil presque toujours dévié en haut exécute des mouvements de latéralité, ou bien garde une position fixe sans que l'on puisse ramener la pupille au niveau de la fente palpébrale.

Le blépharospasme hystérique n'obéit dans sa marche et son développement à aucune loi précise. Quand il y a des accès convulsifs, il subit comme les autres symptômes l'influence de ces accès qui le font disparaître quelquefois, mais plus fréquemment le provoquent ou l'exagèrent.

La menstruation exerce aussi sur lui une certaine influence.

M. le Dr Parinaud nous a rapporté le fait suivant : on lui présente une jeune femme de chambre atteinte, lui disait-on, d'une inflammation de l'œil gauche qui s'était déclarée la veille. La malade ne peut supporter la lumière. Son œil reste constamment fermé d'une façon convulsive : les douleurs péri-orbitaires sont assez vives. L'exploration de l'œil ne révèle cependant aucune lésion. M. Parinaud pensa à la présence d'un corps étranger

qu'il ne lui fut pas possible de découvrir. La malade raconte alors que le développement de l'affection oculaire s'est accompagné d'un sifflement intense de l'oreille, du même côté, qui persiste depuis la veille. Cette particularité fit songer à la nature hystérique de ce blépharospasme. Cette opinion se trouva bientôt confirmée. Le lendemain, en effet, tout avait disparu avec l'apparition des règles.

Les trois formes d'accidents que je viens de décrire peuvent se produire chez les enfants, comme manifestation précoce de l'hystérie, plusieurs années avant que la névrose se caractérise. Chez l'adulte, ils s'observent également sans les crises convulsives et les autres accidents de l'hystérie confirmée. Ces faits, on le conçoit, offrent un intérêt particulier autant pour le diagnostic de l'état général qui les engendre que pour le traitement du blépharospasme lui-même. Il n'est pas douteux que beaucoup de malades de cette catégorie aient été l'objet d'une intervention chirurgicale intempestive.

B. — *Hémispasme glosso-labié.*

L'hémispasme glosso-labié n'est point un symptôme rare de l'hystérie. Il se rencontre associé à d'autres troubles de la motilité. Il se voit aussi à l'état d'isolement. La plupart des observations rapportées jusqu'ici ont trait à des hommes, mais il se voit également chez la femme. Son début est brusque ou progressif, à à la suite d'un traumatisme ou d'émotions morales.

Ainsi que l'indique son nom, le spasme siège aux lèvres et à la langue, mais il peut s'étendre en haut, jusqu'à l'orbiculaire des paupières, et par en bas envahir le peaucier et même, transitoirement, les muscles du cou.

La déformation permanente qu'il imprime au visage dans l'état de repos est généralement peu accentuée, et offre à première vue l'aspect d'une paralysie qui siègerait du côté opposé. Mais c'est à l'occasion des mouvements que l'altération des traits s'accentue, et que se produit l'horrible grimace si bien fixée dans la pierre, par le sculpteur de *Sancta Maria Formosa* (fig. 24).

Au repos, la bouche est légèrement déviée, le sillon naso-labial

plus profond, la joue plus saillante, l'aile du nez plus relevée, et parfois le sourcil du même côté abaissé.

A l'aile du nez, aux lèvres, au menton, on observe parfois de petites secousses musculaires rapides, intermittentes, qui suffisent pour révéler la nature spasmodique de la déviation, en même temps que l'on constate que, du côté opposé, il n'y a pas trace de



Fig. 24. — Mascaron grotesque de l'église Santa Maria Formosa à Venise, reproduisant très fidèlement le spasme glosso-labié hystérique. (Voy. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. I, page 89).

paralysie, que les plis ne sont point effacés, et que les téguments n'ont point subi l'affaissement caractéristique.

Mais, si l'on vient à commander quelques mouvements au malade, comme d'ouvrir la bouche, de rire, de tirer la langue c'est alors que l'on voit le spasme apparaître dans toute son intensité, et s'étendre même parfois à des régions jusque-là indemnes comme l'œil, le front, ou bien aussi la région cervicale (fig. 25).

Les déformations qui résultent de ces divers mouvements peuvent être ainsi notées :

Quand la bouche s'ouvre, l'ouverture en est beaucoup plus

large du côté du spasme et de forme irrégulière. Le sillon naso-labial s'accuse. Dans le rire, les dents se découvrent beaucoup plus du côté contracturé que du côté sain. Dans l'action de souffler, l'issue de l'air ne se fait point du côté qui semble paralysé, comme cela a lieu dans le cas de paralysie véritable, où le



Fig. 25. — Hémispasme glosso-labié hystérique.

malade *fume la pipe*, mais au contraire l'air s'échappe avec bruit par le côté contracturé qui s'ouvre davantage. Reste la protrusion de la langue dont les caractères ont une importance capitale. Quand on dit au sujet de tirer la langue, il ne le fait qu'au prix des plus grandes difficultés, et la pointe de l'organe est fortement déviée du côté contracturé. Dans certains cas, cette déviation de la langue est telle que, retournée en crochet (fig. 26), elle ne peut plus sortir de la cavité buccale, et vient buter contre la face interne des joues. C'est là un signe absolument typique et sur lequel M. Charcot a particulièrement insisté : « La langue est

déviée d'une manière *excessive*, convulsive en quelque sorte. » Enfin, dans les cas très accentués, on voit, à l'occasion de ces divers mouvements, le spasme envahir les paupières qui se plissent convulsivement, l'œil se ferme, le sourcil se baisse, le front est sillonné de rides verticales. Des plis transversaux se dessinent sur le nez, du côté contracturé, en même temps que l'aile du nez, du même côté, se relève et que la joue se gonfle. Parfois même la tête tout entière s'incline sur l'épaule sous l'influence d'un spasme des muscles du cou, et particulièrement du peaucier dont le bord antérieur se dessine sous la peau.



Fig. 26. — Hémispasme glosso-labié hystérique.

Dans presque tous les cas, le désordre moteur se complique de troubles sensitifs, ainsi que l'a montré M. Gilles de la Tourette. L'anesthésie se superpose au spasme, elle occupe la peau aussi bien que la doublure muqueuse des lèvres et des joues du côté contracturé, sans oublier la langue le plus souvent anesthésique en totalité. L'anesthésie du pharynx hémilatérale ou totale s'observe assez fréquemment.

Je n'ai pas à parler ici des autres troubles de la motilité qu'on peut observer en même temps dans les membres, soit du même côté, soit du côté opposé.

C. — *Trismus.*

La contracture des releveurs du maxillaire inférieur compliquent souvent les contractures des muscles voisins, soit de la face, soit du cou. Mais on l'observe aussi à l'état d'isolement, et le

seul signe en est l'impuissance plus ou moins complète où se trouve le malade de desserrer les dents. Nous l'avons vu survenir à la suite d'un léger traumatisme de la région, ou bien d'une affection dentaire. Je n'insiste pas sur les conséquences qui en résultent telles que la difficulté de l'alimentation, du langage, etc.

Nous n'avons pas observé de cas de trismus ayant, par sa durée et son intensité, mis en danger les jours de la malade par suite de l'obstacle apporté à la nutrition.

II. — De la paralysie faciale hystérique.

On connaît l'histoire de la paralysie faciale hystérique. Longtemps niée par les uns, admise par les autres, elle vient enfin de conquérir droit de cité dans le domaine de la neuropathologie, et reconnue franchement par un de ceux, et non des moindres, qui l'avaient le plus vivement combattue, elle prend place à côté des accidents spasmodiques depuis longtemps reconnus, et tout particulièrement de ce spasme glosso-labié dont la découverte avait pu un moment faire croire à sa ruine définitive.



Fig 27. — Paralysie faciale hystérique à gauche, coïncidant avec un spasme glosso-labié peu intense à droite.

J'en ai dit quelques mots plus haut, au sujet de l'hémiplégie hystérique. J'insisterai plus particulièrement ici sur les caractères qui lui sont propres. En quoi la paralysie faciale hystérique diffère-t-elle des autres paralysies faciales ?

Son étiologie ne diffère point de celle des paralysies hystériques en général, son mode de début brusque ou graduel également. Elle siège indifféremment à droite ou à gauche.

Elle peut exister isolée ou associée à d'autres troubles paralytiques siégeant aux membres.

Fait important à noter, elle coexiste assez souvent avec le

spasme glosso-labié qui siège alors du côté opposé, et par sa présence accentue la déviation des traits qui en est la conséquence.

Il est impossible de dresser un tableau clinique qui réponde à tous les cas de paralysie faciale hystérique, car un de ses caractères consiste justement dans la variabilité des troubles moteurs au double point de vue de leur intensité et de leur localisation. Le signe le plus important, et qu'il convient de mettre en relief, ne ressortit pas, à proprement parler, à la sphère motrice. Il consiste dans l'adjonction constante de troubles de la sensibilité, comme dans l'hémispasme. La distribution de l'anesthésie est caractéristique. Elle occupe la peau et sa doublure muqueuse dans la région correspondante aux muscles paralysés. Elle s'étend par plaques aux limites circulaires, et le plus fréquemment occupe la joue, parce que la joue — ou la région du facial inférieur — est également le siège de prédilection de la paralysie. Elle varie d'intensité vraisemblablement comme les troubles moteurs eux-mêmes. En résumé, ce n'est là qu'une application de cette loi générale dont nous avons parlé au point de vue de la paralysie des membres, et qui veut que les troubles sensitifs superposés aux troubles moteurs soient en rapport plutôt avec la fonction et la morphologie de l'organe qu'avec son innervation.

La langue est généralement anesthésique du côté paralysé. L'anesthésie pharyngée est fréquente.

Revenons maintenant à l'étude du trouble moteur, remarquable, ainsi que je l'ai dit, par les variations de son intensité et de sa localisation.

En effet, on peut observer tous les degrés divers de l'affaiblissement, depuis la parésie la plus légère jusqu'à l'impuissance absolue. Il faut ajouter néanmoins que les cas de paralysie incomplète sont les plus fréquents, et que souvent la constatation du degré et du siège de la parésie exige un examen méthodique et minutieux. En effet, l'amyosthésie que l'on observe si fréquemment aux membres peut atteindre aussi les muscles de la face. M. Féré a démontré avec son glossodynamomètre qu'elle existait à la langue. Quant aux muscles de la face, la mesure de leur énergie est plus délicate et se heurte à de grosses difficultés. Il n'en est pas moins vrai que l'amyosthésie faciale est vraisemblablement aussi fréquente que l'amyosthénie des membres, et

que, si nous voulions faire entrer en ligne de compte ces degrés légers d'affaiblissement de la motilité, nous pourrions compter presque autant de paralysies faciales qu'il y a d'hystériques. Mais de même qu'en clinique un membre amyosthésique ne devient un membre paralysé que lorsque l'affaiblissement musculaire produit une déformation et entrave le fonctionnement normal, de même, à la face, il ne devra être question de paralysie que lorsque la parésie musculaire sera suffisante pour amener une déviation des traits et occasionner un désordre fonctionnel.

Je sais bien qu'il existe là une limite difficile à fixer et que les variations individuelles dans la construction osseuse de la face et dans la symétrie des traits sont autant d'obstacles pour la constatation des paralysies faciales légères. Mais il faut connaître ces difficultés pour ne se prononcer ensuite qu'à bon escient.

Au point de vue de sa localisation, la paralysie faciale hystérique offre ceci de particulier, qu'elle peut être fort peu étendue et limitée à un petit nombre de muscles, généralement à un groupe de muscles adjacents et voisins. Et dans ce groupe musculaire tous les muscles ne sont pas atteints au même degré.

« L'asymétrie faciale n'est pas totale, dit M. Decoux ; il n'existe qu'une translation partielle d'une moitié de la face ; les muscles sains attirent à eux leurs congénères malades du côté opposé. Cette asymétrie paraît bizarre, irrégulière. Au repos, la face ne présente pas une surface uniformément lisse et unie ; là où les muscles sont intacts, elle conserve ses rides et ses reliefs normaux[1]. » Peu apparente au repos, cette paralysie partielle devient plus évidente lorsqu'on provoque des mouvements volontaires.

Le tableau clinique variera nécessairement suivant les muscles atteints, et cette variété de paralysie faciale ne pourra être nettement délimitée que grâce à une connaissance approfondie du mécanisme de la physionomie, et par l'exploration minutieuse de chaque muscle pris isolément.

Mais il arrive assez fréquemment que la paralysie s'étend à toute la moitié inférieure de la face, et occupe le domaine entier du facial inférieur. Il semble même que ce soit là le siège de prédilection de la paralysie faciale hystérique de quelque étendue.

[1] Decoux, *Paralysie faciale hystérique*. Th., Paris, 1891.

Elle ressemble complètement à la paralysie faciale d'origine capsulaire, ainsi qu'on en peut juger par la description suivante qu'en donne M. Decoux :

« Au repos l'asymétrie de la face est modérément accentuée. Du côté paralysé, la joue paraît quelque peu lisse, les reliefs musculaires sont moins apparents ; la commissure est abaissée, tandis qu'elle est légèrement attirée en haut et en dehors du côté sain ; l'aile du nez est tombante, et le sillon naso-labial moins accentué.

« L'interstice formé par les lèvres n'est pas horizontal, mais un peu oblique.

« L'orbiculaire des paupières et le muscle de Horner sont intacts. »

La paralysie apparaît plus manifeste pendant les mouvements volontaires.

Lorsque la bouche s'ouvre, l'ouverture est moins large du côté paralysé dans l'action de souffler, la joue du côté paralysé se gonfle davantage, et, de ce même côté, l'air s'échappe involontairement. Le sifflement est difficile, la prononciation des labiales imparfaite, et la parole est moins distincte. La langue est déviée très légèrement du côté paralysé, rarement du côté sain. Elle conserve tous ses mouvements. Quand le malade parle, le côté paralysé est immobile et a perdu toute faculté d'expression mimique.

La paralysie faciale hystérique peut-elle dépasser les limites du facial inférieur, et envahir toute la face ? Existe-t-il des paralysies faciales complètes, analogues plus ou moins aux paralysies faciales périphériques ? M. Decoux rapporte une observation qui semble répondre par l'affirmative, mais dont le diagnostic n'a pu être établi d'une façon assez indiscutable pour juger définitivement la question. Un exemple récemment observé dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, nous permet d'aller plus loin et d'affirmer l'existence de la paralysie faciale hystérique complète. Il s'agissait d'une grande hystérique, la nommée Cl., depuis longtemps dans le service (fig. 27, 28 et 29). Un jour elle se heurte violemment l'œil gauche pendant son attaque. Nous l'observons quelques jours après, et, en même temps que l'ecchymose de la région sous-orbitaire, nous constatons une paralysie faciale très nette de tout le côté gauche de la face. Le front est sans rides. Il ne se plisse pas dans les mouvements. L'œil ne peut se fermer. Il

ne reste pas toutefois grand ouvert comme dans la paralysie périphérique. Il est complètement amaurotique, si bien que la malade ne se rend pas compte si son œil est ouvert ou fermé. Cet œil est en temps ordinaire celui dont la vision est la plus distincte, car l'œil droit est amblyopique, si bien que la vision est actuellement fort défectueuse. L'hémianesthésie existe à droite, le côté gauche est sensible en temps ordinaire. En ce moment, l'anesthésie a envahi partiellement le côté gauche de la face, siège de la paralysie. L'aile du nez est tombante, la joue aplatie, le sillon naso-labial effacé. La commissure faciale est tirée assez fortement à droite. La langue portée hors de la bouche est déviée à droite et prend la forme d'un crochet. Nous constatons, en effet, qu'il existe en même temps que la paralysie à gauche un spasme généralisé à droite, spasme assez léger, mais qui augmenta fort notablement dans les jours qui suivirent. Ce spasme exagérait encore la difformité du visage en accentuant la déviation des traits et le contraste qui existait entre les deux moitiés de la face.



Fig. 28. — La même malade que fig. 27 essayant de fermer les deux yeux. L'occlusion de l'œil gauche reste incomplète à cause de la paralysie qui existe de ce côté.

La paralysie peut-elle se localiser aux parties supérieures de la face, aux muscles de l'œil par exemple, comme nous avons vu le spasme s'y montrer? C'est là une question fort complexe, fort discutée et encore à l'étude. Nous ne saurions l'aborder ici. Sa discussion nous entraînerait beaucoup trop loin. D'ailleurs elle vient d'être résumée avec beaucoup de jugement et de savoir par notre ami Gilles de la Tourette, dans un chapitre intitulé « Affections hystériques des muscles oculaires » de son *Traité de l'hystérie*. Ce travail fort complet, dans lequel l'auteur met à profit les quelques matériaux que nous avions réunis sur la question dans notre Mémoire du prix Civrieux, nous dispense d'y insister ici, et nous a fait rayer ce chapitre. Il était inutile de refaire une étude si bien traitée déjà et si bien mise au point par notre ami. Nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer le lecteur.

Après avoir analysé et discuté toutes les observations relatives aux paralysies des divers muscles ou des nerfs de l'œil, paralysies du releveur, de l'orbiculaire, de l'oculo-moteur commun, de l'oculo-

moteur externe, etc., M. Gilles de la Tourette arrive à cette conclusion, que les « muscles de l'appareil de la vision sont frappés de contracture dans des proportions telles, qu'il est à se demander si l'on doit admettre leurs paralysies. Celles-ci, lorsqu'elles existent — outre les phénomènes presque constants d'amblyopie qu'elles partagent avec les contractures, — s'accompagnent encore plus fréquemment de spasmes secondaires que les paralysies organiques ; elles sont, de plus, *associées* et très fréquemment *alternantes*. »

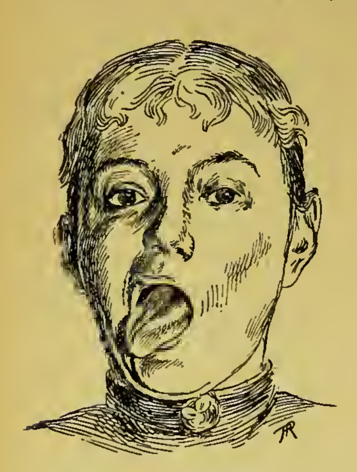


Fig. 29. — La même malade que sur les figures précédentes, tirant la langue, afin de mettre en relief l'hémispasme glosso-labié qui siège à droite.

Je crois sage néanmoins d'atténuer quelque peu la rigueur de cette conclusion. Les paralysies hystériques des muscles de l'œil existent à n'en pas douter, mais elles offrent des caractères particuliers qui rendent leur constatation délicate et difficile. Après avoir été rejetée pendant longtemps, l'existence de la paralysie faciale hystérique s'impose aujourd'hui. A notre avis, la paralysie des muscles oculaires doit être rapprochée de la paralysie des muscles faciaux. On a observé d'ailleurs la coexistence de ces divers troubles paralytiques.

Ici comme là, il faut noter que le spasme et la paralysie pouvant, suivant leur siège, produire une déformation semblable, du moins en apparence, il est parfois fort difficile de faire la part exacte qui revient à chacun de ces troubles moteurs. De même que le spasme glosso-labié à droite a pu en imposer pour une paralysie faciale siégeant à gauche, de même « le strabisme, au premier abord, ne peut indiquer s'il s'agit du spasme d'un muscle ou de la paralysie d'un antagoniste » (Borel)[1]. « On constate chez les hystériques, dit M. Morax, donnant le compte rendu du service ophtalmologique de M. Parinaud à la Salpêtrière, des troubles des muscles moteurs des paupières et du globe oculaire d'une nature particulière, qui tiennent tantot de la contracture, tantôt de la paralysie, sans qu'il soit tou-

[1] *Affections hystériques des muscles oculaires. Archives d'ophth.*, 1886, *p.* 506.

jours facile de préciser quel est celui de ces états qui domine[1]. »

Mais il y a plus. Le spasme et la paralysie peuvent coexister. De même que nous voyons à la face la paralysie d'un côté et le spasme de l'autre, de même aux yeux on peut voir la paralysie d'un muscle s'accompagner du spasme de son antagoniste. Ce fait n'a pas échappé aux différents observateurs. Il ressort très nettement d'une observation de M. Borel, qui exprime son incertitude en ces termes : « Nous ne saurions dire qui, de l'affaiblissement du droit externe ou de la contracture de son antagoniste, a joué le plus grand rôle ; » les deux troubles musculaires ayant été parfaitement constatés dans les deux muscles. Cette coïncidence du spasme et de la paralysie dans les muscles antagonistes est peut-être un fait plus général qu'on ne pense, mais, il est vrai, d'une constatation bien difficile et qui n'est pas pour simplifier cette question déjà fort complexe. Enfin il faut encore noter qu'il n'y a pas loin pour un même muscle du spasme à la paralysie. Nous avons insisté déjà sur l'étroite parenté qui existe entre ces deux variétés de désordres du mouvement. Nous avons vu qu'aux membres la contracture ne survenait le plus souvent que sur des muscles déjà parésiés, et qu'une contracture laissait toujours après elle un certain degré d'impuissance motrice. L'amyosthénie précède et suit la contracture. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les muscles oculaires?

Enfin, on peut relever dans les paralysies hystériques oculaires les caractères suivants, qui les rapprochent des paralysies de la face et de certaines formes de la paralysie des membres. Elles peuvent être fort légères et transitoires. Elles ont souvent une localisation systématique, affectant plutôt la fonction que l'organe. Suivant M. Parinaud, les paralysies du globe oculaire sont *associées*, c'est-à-dire qu'elles intéressent le même mouvement dans les deux yeux.

Enfin on a noté, comme caractéristique de l'ophtalmoplégie hystérique, la persistance dans une certaine mesure des mouvements réflexes et inconscients, pendant que les mouvements volontaires sont complètement abolis. C'est ainsi que, chez la malade qui nous a présenté la paralysie faciale complète dont nous avons déjà parlé,

[1] *Compte rendu du service ophtalmologique de* M. le Dr Parinaud, à la Salpêtrière, pour l'année 1889. *Archives de neurologie*, 1889.

nous constations que, dans le rire provoqué la joue du côté paralysé entrait en contraction, tandis que la malade était dans l'impuissance absolue de lui faire exécuter volontairement aucun mouvement.

Nous n'avons pas à insister ici sur la nature de la paralysie faciale hystérique. Elle nous paraît devoir rentrer dans la catégorie des paralysies d'origine corticale, ou pour mieux dire d'ordre psychique dont nous avons démontré l'existence dans l'hystérie.

Certains auteurs ont voulu la rattacher à un trouble vasculaire passager siégeant au centre cortical de la septième paire, et analogue à celui qu'on s'accorde généralement à reconnaître comme étant la cause de la migraine ophtalmique.

On observe en effet, dans cette dernière affection, des troubles moteurs de la langue et de la face coïncidant avec ceux des membres.

Il peut donc se faire que, suivant son siège cérébral, le trouble vaso-moteur entraîne une paralysie faciale plus ou moins étendue. Sans être démontrée, la chose est vraisemblable. Mais il nous faut ajouter alors que de semblables accidents ne sauraient plus être regardés comme de nature hystérique. Il n'y a aucune raison pour faire une exception en faveur de la pathogénie des accidents hystériques de la face. Or nous savons que la cause de l'hystérie ne consiste pas dans un trouble de la circulation, mais qu'il faut la chercher plus haut dans un désordre de l'innervation elle-même.

ARTICLE II

TORTICOLIS HYSTÉRIQUE

Dans l'hystérie, le torticolis est toujours d'origine musculaire, mais il peut dépendre soit de la paralysie, soit de la contracture.

I. — Torticolis paralytique.

Dans cette forme, qui est la plus rare, la tête est inclinée du côté opposé aux muscles qui sont le siège de la paralysie. A

première vue, on pourrait croire à un torticolis dû à la contracture, car l'immobilité de la tête paraît complète, et l'attitude peut fort bien ne guère différer dans les deux cas. Ce n'est alors qu'en prenant la tête entre les mains qu'on constate qu'elle se laisse facilement déplacer, ramener à la situation droite pour retomber dans son attitude vicieuse aussitôt qu'elle est abandonnée ; les parties molles du cou ont conservé leur souplesse ; on n'observe rien de semblable à la saillie ferme et élastique d'un muscle contracturé. Nous avons eu occasion d'observer chez une de nos malades, qui présentait d'ailleurs des akinésies des membres, une paralysie des muscles d'un des côtés du cou. La paralysie paraissait siéger également dans le sterno-mastoïdien et le trapèze du même côté. La tête se trouvait entraînée latéralement (sans rotation) par la tonicité des mêmes muscles demeurés sains de l'autre côté où elle arrivait jusqu'au contact avec l'épaule. On pouvait facilement se rendre compte de l'absence de contracture ; la tête se laissait déplacer facilement, il n'y avait aucune saillie tendineuse ou musculaire du côté où la tête était entraînée (Obs. 1).

Cette paralysie était transitoire. Elle se reproduisit à plusieurs reprises chez notre malade pendant le temps qu'elle fut soumise à notre observation. La malade était prévenue par une sensation d'engourdissement et de faiblesse dans le côté gauche du cou, puis au bout de peu d'instants la tête retombait brusquement sur l'épaule droite : le torticolis était constitué. Plusieurs fois nous avons vu ce torticolis se produire sous nos yeux, par une sorte de transfert, pendant que, sous l'influence de la faradisation du bras gauche, la paralysie dont ce bras était atteint s'amendait. Nous avons toujours eu raison facilement de cette paralysie du cou par la faradisation des muscles sterno-mastoïdien et trapèze du côté paralysé. Quelquefois même, quelques instants d'électrisation ont suffi pour rendre au cou toute la liberté de ses mouvements.

II. — Torticolis par contracture.

L'attitude vicieuse de la tête est maintenue par la contracture d'un ou plusieurs muscles du cou. On comprend que cette attitude

varie suivant les muscles atteints : sterno-mastoïdien, trapèze, splénius, complexus, etc... Dans le plus grand nombre des cas, plusieurs muscles d'un même côté sont contracturés à la fois, la tête est inclinée latéralement sur l'épaule, la face plus ou moins tournée du côté opposé. Lorsque le torticolis est très



Fig. 30. — Torticolis hystérique.

intense, la tête est en contact avec l'épaule qui est elle-même soulevée (fig. 30) ; la raideur des muscles est telle qu'il est impossible de passer la main entre les deux parties.

Le début du torticolis, comme celui de la contracture en général, est brusque ou graduel. Il est très fréquemment un des apanages de l'hystérie infantile ; lorsqu'il ne se prolonge pas, sa véritable nature est souvent méconnue. En effet, la contracture qui entretient le torticolis revêt plusieurs formes : c'est la contracture permanente, qui persiste pendant des mois et ne disparaît que lentement à la suite d'un traitement approprié ; ou bien le torticolis, et cette forme paraît particulière à l'enfance, cède brusquement au bout de quelques jours, pour reparaître plus tard sous le même aspect, céder de nouveau, et ainsi de suite pendant un temps plus ou moins long : c'est le torticolis à répétition. Nous en avons observé deux remarquables exemples. Il s'agissait dans les deux cas de deux petites filles chez lesquelles cet accident spasmodique se reproduisait tous les mois et durait

de sept à huit jours chaque fois. Chez l'une d'elles, âgée de quatorze ans, le torticolis coïncidait avec l'époque des règles ; l'autre, âgée de douze ans, n'était pas encore réglée.

Enfin nous avons observé chez une de nos malades une forme de torticolis intermittent, et qui, par son mode de production, se



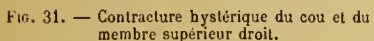


Fig. 31. — Contracture hystérique du cou et du membre supérieur droit.



Fig. 32. — Contracture hysterique du cou et du membre supérieur droit. (Même malade que fig. 31.)

rapproche de la forme décrite par les auteurs sous le nom de *torticolis spasmodique, torticolis par spasme fonctionnel.*

Dans le cas auquel nous faisons allusion, le torticolis ne se produisait que dans certaines conditions bien déterminées. Ainsi, la malade étendue dans son lit en décubitus dorsal possédait toute liberté dans les mouvements du cou, elle soulevait la tête, l'inclinait de côté et d'autre. Mais aussitôt qu'elle s'asseyait, dès que les épaules quittaient l'oreiller, la tête s'inclinait sur l'épaule et s'y trouvait maintenue par une contracture énergique tant que l'attitude verticale du tronc persistait. Cette contracture dispa-

raissait soudainement si la malade reprenait la position du décubitus dorsal, pour reparaître dans les conditions que nous avons dites. Ce singulier accident se reproduisit à deux reprises chez notre malade, mais ne se prolongea pas chaque fois au-delà d'une journée.

Au désordre musculaire s'ajoute souvent un trouble de la sensibilité correspondant. Il existe une plaque d'anesthésie cutanée exactement limitée à la partie des téguments superposée au muscle contracturé. Le fait a été relevé par M Gilles de la Tourette qui en cite un exemple absolument typique.

Le torticolis qui apparaît parfois comme manifestation isolée de la grande névrose fait souvent partie d'un tableau symptomatique plus complexe. On voit s'y joindre des contractures de la face, du trismus, des accidents spasmodiques du côté de l'œsophage, enfin des troubles variés de la sensibilité et de la motilité du côté des membres.

C'est la plupart du temps, surtout lorsqu'elle apparaît isolée, une affection qui ne s'accompagne d'aucune réaction fébrile, sans douleurs et sans gravité.

ARTICLE III

COXALGIE HYSTÉRIQUE

On a désigné sous ce nom un ensemble symptomatique occasionné par la contracture des muscles de l'articulation de la hanche avec phénomènes douloureux, et dont la ressemblance avec la coxalgie véritable est telle que le diagnostic est souvent entouré de grandes difficultés. Cette affection, dans laquelle l'articulation elle-même n'est pas atteinte, a été pour la première fois bien étudiée par Brodie [1]. Elle est souvent une des manifestations de l'hystérie de l'enfance et succède fréquemment au traumatisme.

[1] Le Dr Gilles de la Tourette vient de publier, dans son *Traité de l'hystérie*, sur les

Comme dans la coxalgie vraie ou articulaire, il existe une déformation de la hanche ; le membre inférieur est dans la rotation en dedans avec flexion, adduction et raccourcissement apparent. On observe également la cambrure lombaire. Quand on veut faire mouvoir l'articulation coxo-fémorale, on se heurte à une impossibilité absolue. De plus, ces manœuvres sont douloureuses ; la malade ne peut se servir de son membre pour marcher ; elle est confinée au lit, ou bien, lorsque les douleurs ne sont pas trop intenses, elle peut faire quelques pas à l'aide de béquilles. Beaucoup plus rarement l'attitude du membre est différente et l'on observe la rotation du membre en dehors avec abduction, extension et allongement apparent.

Le diagnostic sera fondé sur les signes suivants. Dans la coxalgie hystérique, les signes qui révèlent l'état inflammatoire de l'articulation n'existent pas. Toutefois les pressions exercées de dehors en dedans sur le grand trochanter, ou surtout de bas en haut sur le pied ou le genou, qui le plus souvent ne provoquent pas de douleurs, peuvent en déterminer comme dans la coxalgie vraie ; et la chose a lieu lorsque l'hyperesthésie, qui occupe d'ordinaire les muscles et la peau, s'étend jusqu'à l'articulation. Les souffrances spontanées n'en sont pas moins vives, et elles revêtent même quelquefois un caractère d'acuité que ne présente guère la coxalgie vraie. J'ai eu l'occasion d'observer, avec le D[r] Grosclande d'Elbeuf, une jeune fille de onze ans confinée au lit pour une maladie de la hanche droite et qui poussait des cris épouvantables chaque fois qu'il s'agissait de la déplacer dans son lit. Bien plus, sous l'influence de douleurs spontanées, qu'elle disait éprouver, elle poussait toutes les minutes les mêmes cris qui s'entendaient des maisons voisines et avaient excité la pitié de tout le quartier. Le cas d'ailleurs était grave, parce qu'il s'y ajoutait une anorexie presque complète, et la petite malade ne vivait plus depuis une quinzaine de jours que d'eau claire et de quelques grammes de poudre de viande qu'on lui donnait à prendre par subterfuge dans des cachets.

Sur mon conseil, la jeune malade fut amenée à Paris, traitée

arthralgies hystériques un excellent chapitre où l'on trouvera, avec l'historique de la question, un exposé bibliographique des plus complets.

comme il convenait par l'isolement, l'hydrothérapie et la contrainte morale. Sa guérison entière et complète au bout de quelques mois est venue confirmer le diagnostic, et témoigner de la nature purement hystérique de l'affection de la hanche.

L'hyperesthésie cutanée signalée par Brodie est un signe de la plus haute importance sur lequel a vivement insisté M. Charcot.

De même que l'anesthésie, l'hyperesthésie, ainsi que l'a montré M. Gilles de la Tourette, se superpose aux troubles musculaires ou articulaires. En ce qui concerne la coxalgie hystérique, « le tertoire cutané hyperesthésique est représenté par une sorte de triangle dont le sommet serait à la racine des bourses, ou à la naissance du mont de Vénus chez la femme, et dont la base, s'élargissant de plus en plus, parallèlement au pli de l'aine qu'elle a pour centre de direction, contournerait la fesse et irait s'implanter sur le sacrum, empiétant quelquefois assez haut sur la région hypogastrique. » (Gilles de la Tourette.)

Rien de semblable ne s'observe dans la coxalgie vraie.

Dans cette dernière, les phénomènes locaux, la chaleur, le gonflement, la rougeur sont fixes et constants ; ils sont au contraire mobiles et fugaces dans la coxalgie fausse, d'apparence congestive plutôt qu'inflammatoire, et se lient à des phénomènes de paralysie vaso-motrice. Enfin la coxalgie vraie s'installe lentement, progressivement chez le sujet. Rien de pareil pour la coxalgie fausse qui a une marche plus capricieuse, moins progressive. Elle peut survenir rapidement, atteignant d'emblée son maximum de développement et présentant souvent des exacerbations subites suivies de rémissions non moins rapides dans les symptômes.

Les troubles trophiques, dont nous avons signalé l'existence plus haut à propos des paralysies et des contractures hystériques en général, peuvent se rencontrer ici. Ils consistent en un œdème de la région déjà signalé par Brodie, en amyotrophies qui peuvent s'étendre sur différents points du membre, et même en une sorte d'ankylose fibreuse analogue à celle qui s'observe aux articulations tibio-tarsiennes à la suite des contractures.

On voit, dans ce qui précède, qu'il est parfois difficile de distinguer la coxalgie nerveuse de la coxalgie articulaire. Mais les difficultés augmentent lorsqu'une coxalgie vraie se déclare chez une

hystérique, ou lorsqu'une coxalgie fausse survient chez une hystérique strumeuse. La pierre de touche du diagnostic réside alors dans les résultats de l'anesthésie chloroformique. On sait que pendant le sommeil du chloroforme la contracture hystérique se résout, et avec elle disparaissent tous les signes de la pseudo-coxalgie, tandis que les symptômes articulaires de la vraie coxalgie : craquements, frottements, luxation, etc., sont alors faciles à constater grâce au relâchement musculaire.

Il y a néanmoins une réserve à faire puisque dans la période de début de la coxalgie vraie aucun de ces signes articulaires n'existe encore.

Enfin il faut savoir que les deux affections peuvent coexister, et qu'aux lésions dynamiques de la coxalgie hystérique s'ajoutent parfois les lésions organiques de la coxalgie scrofuleuse. M. le professeur Charcot [1] en cite trois cas dus à M. le professeur Lannelonque et à M. le Dr Joffroy.

ARTICLE IV

PARALYSIES OU CONTRACTURES DU DIAPHRAGME

Paralysie. — La paralysie du diaphragme a été observée deux fois par Briquet sur quatre cents cas d'hystérie.

Les symptômes parfaitement analysés par Duchenne de Boulogne sont les suivants : la respiration est très courte, la voix a un timbre étouffé, les malades sont dans un état d'anhélation continuelle ; lors de l'inspiration, les viscères abdominaux sont comme aspirés dans la cavité thoracique, et il se fait un creux très prononcé à la base du thorax et surtout à l'épigastre ; au contraire cette partie fait saillie lors de l'expiration, ce qui est tout l'opposé de ce qui se passe quand la respiration se fait d'une façon normale.

[1] *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 385.

Somme toute, la respiration s'opère, il n'y a pas de signes d'asphyxie. Mais tous les actes pour l'accomplissement desquels le phénomène de l'effort est nécessaire sont troublés. La défécation s'opère très difficilement, la voix est changée dans son timbre, elle est sourde, étouffée.

Cette paralysie alterne avec d'autres paralysies, elle coïncide avec des manifestations hystériques variées.

Contracture. — Bien que nous n'ayons pas connaissance d'un seul cas de contracture du diaphragme d'origine manifestement hystérique, nous pensons qu'il y a intérêt à rapprocher du tableau clinique de la paralysie du diaphragme celui de la contracture. C'est à Duchenne de Boulogne qu'on doit cette description :

« Au moment où le diaphragme se contracture, la moitié inférieure du thorax s'agrandit, surtout transversalement ; l'épigastre et les hypocondres se soulèvent ; la respiration ne s'opère que dans la moitié supérieure de la poitrine ; elle se compose d'une inspiration brusque et d'une expiration courte. Ces mouvements respiratoires partiels sont très rapprochés, bientôt ils s'affaiblissent, se ralentissent, et apparaissent les symptômes de l'asphyxie. »

Contrairement à ce qui a lieu pour la paralysie qui laisse subsister la respiration, la contracture du diaphragme ne saurait se prolonger au-delà de quelques instants sans entraîner la mort.

Ce seul caractère de gravité nous porte à croire que, si la contracture du diaphragme existe dans l'hystérie, elle y est au moins fort rare dans la forme décrite par Duchenne de Boulogne.

Mais il est fort possible qu'elle entre pour une part dans les accès hystériques de suffocation attribués au spasme glottique seul.

Duchenne rapporte l'intéressante observation d'une jeune fille de dix-sept à dix-huit ans, atteinte d'une tétanie des pieds et des mains, chez laquelle survint tout d'un coup une contracture du diaphragme qui céda aux applications de compresses trempées dans l'eau bouillante, sur la base du thorax.

La contracture des extrémités, qui avait disparu au moment de la contracture du diaphragme, se reproduisit aussitôt que celle-ci eut disparu à son tour.

CHAPITRE III

PARALYSIES ET CONTRACTURES VISCÉRALES

ARTICLE PREMIER

PARALYSIES ET CONTRACTURES DES MUSCLES DU LARYNX ET DES ORGANES DE LA RESPIRATION

La plupart des cas d'aphonie hystérique ont été mis par des observateurs sur le compte de la paralysie des muscles constricteurs. L'examen laryngoscopique, en montrant l'immobilité et l'écartement persistant des cordes vocales, semble plaider en faveur de cette opinion. Il nous semble toutefois qu'il faut se garder d'une assertion trop absolue et qu'il est souvent bien difficile de définir le trouble moteur dont relève la perte de la voix. En effet, l'abduction des cordes vocales, conséquence de la paralysie des adducteurs, peut aussi résulter de la contracture de leurs antagonistes, des adducteurs. D'un autre côté, l'adduction persistante des cordes vocales pourra provenir soit de la paralysie des abducteurs, soit de la contracture des adducteurs. Quand il s'agit d'un organe dont nous ne pouvons apprécier l'état au point de vue de l'appareil musculaire que par les troubles fonctionnels et par un examen *de visu* partiel et nécessairement incomplet (examen laryngoscopique), on conçoit toute la difficulté qui existe à définir sûrement la nature du trouble moteur qui en dérange le fonctionnement.

D'ailleurs les muscles du larynx ne sauraient échapper à la loi générale qui veut que, dans la contracture ou la paralysie, les

muscles antagonistes soient également intéressés, toutefois avec prédominance d'action d'un groupe musculaire sur son antagoniste.

L'analyse minutieuse à laquelle nous nous sommes livré au sujet des muscles des membres devient difficile et même impossible en ce qui concerne les muscles du larynx. La part qui, dans le trouble moteur, revient à la paralysie ou à la contracture n'est pas toujours facile à préciser. De plus, il est des états intermédiaires où la paralysie et la contracture vont côte à côte et se confondent. Nous avons retrouvé au sujet des muscles de l'œil et de la face les mêmes difficultés. Quoi qu'il en soit du mécanisme physiologique, les troubles moteurs du larynx apparaissent groupés en deux catégories distinctes ; l'une dans laquelle la paralysie domine, l'autre dans laquelle la contracture passagère ou transitoire tient le premier rang.

I. — Paralysie hystérique des muscles du larynx.

L'aphonie hystérique est toujours associée à quelque trouble de la sensibilité de la muqueuse laryngienne dont l'anesthésie est le plus commun. La perte de sensibilité s'étend souvent jusqu'au voile du palais et à l'arrière-gorge.

Thaon a démontré (Congrès de Milan, 1880) que l'anesthésie du larynx s'accompagnait d'une plaque d'anesthésie cutanée sus-hyoïdienne et d'une autre plaque sous-hyoïdienne.

Le début est brusque le plus souvent. La paralysie hystérique des muscles du larynx succède aux causes les plus diverses, aux fortes émotions morales, ou aux inflammations les plus légères de la muqueuse. La durée en est fort variable, d'un jour à une année et même davantage. Elle coïncide parfois avec d'autres manifestations de la névrose, ou se montre à l'état d'isolement.

Les signes fonctionnels sont les suivants : la malade est aphone ; elle ne peut parler à haute voix, mais elle a conservé le pouvoir de s'exprimer à voix basse. Il n'y a en aucune façon perte de la fonction du langage (aphasie), ni paralysie des muscles de la langue et des lèvres qui servent à l'articulation des mots. L'organe pho-

nateur seul fait défaut. La respiration s'exécute normalement, et, malgré la perte de la voix, la toux est sonore.

La paralysie disparaît pendant le sommeil. L'expression vocale des rêves subsiste (Gougenheim). Gerhardt, de Würtzbourg, insiste beaucoup sur la conservation de la voix pour certaines fonctions. C'est ainsi que quelques-unes de ses malades pouvaient chanter à pleine voix un air dont il leur était impossible de dire les paroles d'une façon intelligible. Il signale de plus la persistance de la contractilité électrique mise en jeu par l'électrisation directe ou par l'application cutanée. La malade peut, sous cette influence, faire entendre quelques mots.

A l'examen laryngoscopique, on constate un écartement plus ou moins grand des cordes vocales qui ne peuvent se rapprocher; nous devons ajouter que, dans des cas plus rares, le rapprochement des cordes vocales a été constaté. Dans la grande majorité des cas, la paralysie est bilatérale ; la muqueuse laryngée est normale ; les cordes vocales ont leur aspect habituel blanchâtre, mais, si parfois elles présentent un aspect rosé et comme congestif, il ne faut pas l'attribuer à un état inflammatoire, mais plutôt à un épaississement de la corde vocale et de la muqueuse qui, étant revenue sur elle-même, augmente ainsi d'épaisseur (Poyet).

Quelle est la raison de l'écartement des cordes vocales signalé plus haut? Sur quels muscles porte la paralysie?

L'explication suivante qu'en donne le Dr Gougenheim nous paraît parfaitement plausible et concorde avec nos observations:

« La paralysie est probablement dans l'aire du laryngé supé-
« rieur, ce qui entraîne à la fois l'anesthésie de l'organe, et la
« paralysie des muscles crico-thyroïdiens qui sont adducteurs,
« comme on le sait. Le larynx se trouve alors livré à l'action
« isolée des récurrents, et l'abduction résulte de la prédominance
« des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs sur les adducteurs
« plus faibles innervés par le même nerf. Les auteurs expliquent
« l'abduction dans la paralysie hystérique en disant que la para-
« lysie porte seulement sur les adducteurs. Cette dissociation me
« paraît arbitraire. Je sais bien que, chez les mêmes malades, le
« fait inverse peut se présenter et que l'on peut trouver les cordes
« rapprochées dans l'adduction. On dit alors qu'il y a paralysie
« des abducteurs, et il semble au premier abord que ces cas

« légitiment bien la dissociation admise. Mais ici encore une « autre explication me semble plus plausible. Je n'admets pas « dans le second cas qu'il y ait paralysie des dilatateurs, et je crois « plutôt que les mêmes muscles qui sont ordinairement paralysés « (les crico-thyroïdiens) sont alors contracturés ». [1]

Cette théorie, qui fait remonter aux modifications variées d'un même muscle les deux formes de l'aphonie hystérique (aphonie avec adduction, aphonie avec abduction), est très ingénieuse et s'accorde parfaitement avec ce que nous avons vu des troubles moteurs des membres. Nous savons, en effet, que la paralysie et la contracture alternent souvent sur un même muscle : le larynx rentrerait ainsi dans la loi commune.

La paralysie peut disparaître brusquement alors que les médications employées ont échoué. Parfois, un autre accident hystérique la remplace.

Diagnostic. — Elle sera facilement distinguée de la paralysie par compression des récurrents. Cette dernière est ordinairement unilatérale. Quand elle est double, les cordes sont dans l'adduction immobiles, écartées de 2 à 5 millimètres, non tendues, la phonation est moins troublée, la voix fausse plutôt qu'éteinte. Enfin, on devra rechercher la tumeur qui comprime le nerf (anévrisme de l'aorte, adénopathie bronchique, etc.).

II. — Mutisme hystérique.

On ne confondra pas l'aphonie avec le mutisme hystérique. Dans le mutisme il y a suppression complète de la fonction du langage aussi bien à voix basse qu'à haute voix. Il y a là un désordre qui s'étend au-delà de la sphère du larynx pour intéresser tous les organes qui concourent à la fonction si complexe du langage parlé. La muette hystérique n'émet aucun son. Elle s'exprime par geste et a conservé le pouvoir de correspondre par l'écriture avec la plus grande facilité. D'autre part, si la langue et les lèvres ne peuvent plus articuler une seule syllabe, elles ne sont en aucune façon paralysées et exécutent tous les mouvements. L'impuissance

[1] *Des névroses du larynx* par le Dr Gougenheim. *Prog. Méd.*, 1883, nos 2, 3 et 6.

n'existe que pour les mouvements spécialisés pour l'émission de la parole. Le mutisme hystérique est donc une paralysie systématique qu'on doit rapprocher des paralysies psychiques que nous avons étudiées plus haut, telles que l'abasie et l'astasie. C'est une véritable aphasie motrice dont M. le professeur Charcot a nettement mis en lumière, en mains endroits de ses *Leçons cliniques*, les signes caractéristiques, et qui a été pour la première fois décrite avec précision par le Dr Cartaz [1].

a) Le début est en général soudain, qu'il suive une attaque ou survienne à la suite d'une émotion ou sans cause bien appréciable.

b) Il y a impossibilité absolue d'émettre le moindre son, et de plus la parole à voix basse est complètement supprimée.

c) L'intelligence est conservée dans toute son intégrité. « Sitôt qu'on l'interroge, et c'est là un signe bien caractéristique, le malade, conscient de son incapacité, ne cherche pas à répéter le mot, à essayer une articulation impossible. Il saisit rapidement la plume, le crayon, et rédige par écrit, à la demande, des réponses toujours très nettes, très précises. » (Cartaz.) Dans les aphasies de cause organique, l'aspect du malade est bien différent. Il fait un effort pour saisir et répéter le mot, il balbutie, et on le voit répondre par un autre mot et souvent par un mot toujours le même ou un son sans signification et invariable. Enfin, si l'écriture est conservée, ce qui est loin d'être fréquent, elle ne l'est jamais aussi complètement et avec cette vivacité de l'intelligence, comme nous l'observons chez l'hystérique.

d) La guérison est subite le plus souvent. Mais le retour complet de la parole est d'ordinaire précédé d'une période de bégaiement qui peut durer de quelques jours à plusieurs semaines.

III. — Spasme du larynx d'origine hystérique.

Le spasme du larynx s'accompagne le plus souvent d'hyperesthésie.

L'hyperesthésie laryngienne se traduit par une sensation de brû-

[1] *Progrès médical*, nos 7, 9, 10, 1886.

lure, de déchirure, de tiraillement tout le long du cou. Il semble aux malades qu'un corps étranger séjourne dans le larynx.

Des points douloureux existent à la pression sur les côtés du larynx et principalement à gauche. Leur siège a été soigneusement déterminé par Thaon et Huchard[1]. Ils existent : 1° sur les bords latéraux du thyroïde ; 2° dans l'interstice crico-thyroïdien ; 3° dans l'interstice thyro-hyoïdien ; 4° à la partie postérieure de la langue (Thaon). La phonation est douloureuse : les malades parlent à voix basse.

Il y a lieu de distinguer deux formes du spasme suivant le temps de la respiration qui est le plus entravé : le spasme laryngé est inspiratoire ou expiratoire.

Spasme expiratoire.

Le spasme expiratoire se révèle par des bruits étranges, des cris bizarres au moment de l'expiration. Je ne m'arrêterai pas sur ces faits décrits depuis longtemps par les auteurs et comparés à des aboiements, hurlements, miaulements, rugissements, glapissements, gloussements, grognements, coassements, etc.

La toux hystérique, déjà signalée par Willis et Sydenham, est sèche, violente, continuelle. Elle cesse pendant le sommeil, revient par paroxysmes à des intervalles réguliers ou irréguliers. Ces paroxysmes peuvent être périodiques, revenant chaque jour à la même heure et affectant une durée égale chaque fois. Ils ne se montrent jamais pendant le sommeil. La pression des ovaires ou d'autres points hyperesthésiques peut la faire cesser. L'inspiration n'est pas sifflante comme dans la coqueluche : il n'y a pas de gêne respiratoire. On observe quelquefois des hémoptysies avec aménorrhée, qui peuvent venir embarrasser le diagnostic.

Il est des crises dans lesquelles le spasme existe à l'inspiration et à l'expiration. J'en ai pu observer récemment un exemple chez une dame de cinquante ans, hystérique depuis vingt ans et qui, entre autres symptômes, présentait des crises de toux périodiques. La toux se montrait à deux reprises différentes et toujours aux

[1] HUCHARD. *Traité des Névroses*, par AXENFELD, 2e édit., augmentée de 700 pages, p. 1021.

mêmes heures : de trois à quatre heures de l'après-midi, et de sept à huit heures du soir. D'ordinaire, la toux d'un caractère bruyant ne s'accompagnait d'aucun trouble de la respiration, mais à certains moments l'accès de toux se compliquait, pendant les dernières minutes seulement, d'une gêne considérable de l'inspiration, produisant la suffocation et faisant craindre l'asphyxie.

Spasme inspiratoire.

a) *Léger*, le spasme inspiratoire ne détermine que des troubles locaux sans importance. Cette forme bénigne alterne avec l'anesthésie et la paralysie. La voix est cassée, discordante. Il se produit un peu de sifflement inspiratoire léger par accès.

b) Dans la forme *grave*, le spasme inspiratoire peut être passager ou durable.

Sous forme d'accès d'une grande violence le spasme de la respiration peut constituer le signe prédominant de l'attaque d'hystérie. Régulièrement, il fait partie des symptômes de la première période ou période épileptoïde de la grande attaque. A ce titre, nous n'avons pas à en parler ici. Il peut constituer presque à lui seul une variété grave de la grande attaque.

Le spasme grave peut être prolongé, presque permanent. Il prend alors les allures de l'œdème de la glotte ou de la paralysie des dilatateurs. C'est la suffocation pseudo-croupale de Briquet (cas de Michon, Velpeau, Blache, Gougenheim).

Le spasme du larynx s'accompagne parfois de spasme des bronches de façon à donner lieu à de véritables accès d'asthme.

L'examen laryngoscopique, difficile dans les cas de spasme, montre les lèvres de la glotte dans un état de rapprochement que l'inspiration n'arrive pas à diminuer suffisamment.

Le spasme laryngien est facile à reconnaître en lui-même. Le diagnostic de la cause importe surtout au point de vue du pronostic et présente parfois la plus grande difficulté.

La coexistence de symptômes généraux graves et l'examen local permettront de reconnaître les affections inflammatoires du larynx qui s'accompagnent de spasme glottique : laryngite catarrhale aiguë, laryngite striduleuse, laryngite diphtérique, etc... Le

spasme de la glotte chez les enfants ne pourra être distingué du spasme hystérique que par les circonstances étiologiques et l'absence de tout phénomène hystérique concomitant.

Je ne mentionnerai que pour mémoire le spasme laryngé des ataxiques qui, en outre de ses caractères tirés de son mode de début, de son apparition sous forme d'accès, du vertige et quelquefois de l'accès apoplectiforme qui l'accompagne, sera le plus vouvent facilement diagnostiqué grâce aux autres signes tabétiques concomitants.

Traitement.

Paralysie. — Les moyens les plus anodins réussissent quelquefois. D'autres fois, l'affection est rebelle. On a alors recours aux révulsifs cutanés, à la métallothérapie, aux aimants, à l'électricité faradique.

Spasme. — Dans la forme grave, il est indispensable d'agir, car des exemples, peu nombreux, il est vrai, mais indiscutables, ont démontré que la terminaison pouvait être fatale. La compression de certains points (côtés du larynx, zones hystérogènes, ovaire) suffit quelquefois ; les inhalations de chloroforme rendent les plus grands services.

Enfin, dans les cas pressants, la trachéotomie est une ressource suprême qu'il ne faut pas négliger.

IV. — Dyspnée hystérique.

Dans sa forme grave, la dypnée hystérique est due à un spasme de la glotte dont nous avons parlé (*hystérie suffocante* de Galien). Elle est due également à un état de paralysie ou de contracture du diaphragme. Mais elle peut être provoquée aussi par un état spasmodique des bronches qui, se reproduisant par accès, donne lieu à de véritables crises d'asthme, d'autant plus qu'il peut s'y joindre des râles sibilants, de l'affaiblissement du murmure vésiculaire. Mais ces accès ne sont pas nocturnes : ils sont occasionnés le jour comme la nuit par les causes les plus variables (accès convulsifs, émotions, etc.). Il faut en outre savoir que l'on observe

parfois chez les hystériques une augmentation de fréquence des mouvements expiratoires sans dyspnée proprement dite. Il en résulte qu'il ne faut pas confondre la dyspnée avec la polypnée.

Enfin la dyspnée peut être la conséquence des troubles gastriques ou intestinaux (tympanisme).

ARTICLE II

PARALYSIES ET CONTRACTURES DES MUSCLES DES VOIES DIGESTIVES

I. — Dysphagie. — Œsophagisme.

Les muscles du pharynx et de l'œsophage, soit simultanément, soit isolément, peuvent être pris de paralysie ou de contracture ; ce dernier trouble moteur est le plus fréquent. Dans les deux cas, d'ailleurs, le trouble fonctionnel qui en résulte consiste en un obstacle à l'alimentation.

Dans la contracture, il existe parfois un sentiment de constriction permanente qui s'exaspère au moment de l'introduction du bol alimentaire. L'obstacle aux aliments est absolu : ils sont aussitôt rejetés. D'autres fois, la contracture n'est pas permanente : le sentiment de constriction ne se produit que passagèrement sous forme d'accès (strangulation hystérique), et le spasme ne survient qu'au moment du passage des aliments.

Dans la paralysie, la suffocation peut se produire par un autre mécanisme. Les matières alimentaires ne sont pas rejetées, mais elles s'arrêtent à mi-chemin.

On ne confondra pas les troubles de la déglutition qui résultent du spasme, et ceux qui dépendent de la paralysie. On peut noter le bruit particulier que produisent les liquides en tombant dans un œsophage inerte (bruit identique à celui qu'on entend chez les agonisants) ; en outre, la paralysie ne s'accompagne en dehors du passage des aliments d'aucun sentiment de strangulation. La difficulté de la déglutition, quand elle résulte du spasme, est la même

à l'égard des substances liquides et solides : tandis que, lorsqu'il s'agit d'une paralysie de l'œsophage, les solides passent souvent mieux et les liquides pénètrent facilement dans le larynx où leur présence détermine des efforts de toux ; le spasme est presque toujours douloureux, la paralysie indolente. Enfin le spasme seul oppose un obstacle à l'introduction de la sonde œsophagienne.

Le spasme de l'œsophage s'accompagne parfois de contracture de la langue et du voile du palais qui est rigide et tendu. La langue est recourbée en divers sens et immobilisée contre les arcades dentaires, ou bien fait saillie hors de la bouche. Dans ces circonstances, non seulement la déglutition est troublée, mais aussi la mastication et l'articulation des mots. La malade ne fait entendre que des sons gutturaux : elle ne se fait comprendre que par la mimique. Ce n'est guère que dans l'hystérie grave que cette complication se présente. Bourneville et Voulet en citent des exemples.

Il n'est pas rare non plus de voir la contracture de l'œsophage coïncider avec des troubles de la motilité (soit paralysie, soit contracture) d'autres parties du corps. Dans l'hystérie infantile, le spasme de l'œsophage tient une place importante. La gravité de l'affection ne résulte que du défaut d'alimentation.

Lorsqu'elle se prolonge un peu, on voit survenir de l'amaigrissement, mais la terminaison par la guérison n'en est pas moins la règle.

II. — Vomissements.

Dans l'œsophagisme, l'aliment est rejeté à peine ingurgité. Dans d'autres circonstances, l'aliment pénètre jusque dans l'estomac et n'en est expulsé qu'après un temps plus ou moins long ; il y a alors véritable vomissement.

Les vomissements, conséquence des troubles fonctionnels de la tunique musculaire de l'estomac sont dus soit aux spasmes, soit à l'atonie des fibres musculaires.

Le vomissement provoqué par le spasme de l'estomac se produit à un moment plus ou moins rapproché de l'introduction des aliments. Il survient très promptement lorsqu'il accompagne la gastralgie et qu'il est provoqué par l'hyperesthésie de la muqueuse,

cause déterminante du spasme par voie réflexe. Lorsqu'il n'existe pas de phénomènes douloureux, les aliments séjournent un temps plus ou moins long dans l'estomac.

Le spasme peut siéger en différents points de la tunique musculaire. Près du cardia, il donne lieu aux phénomènes d'œsophagisme déjà décrits. Son siège le plus fréquent est le pylore. Dans ce cas, la déglutition se fait bien : les aliments s'accumulent dans l'estomac, puis il y a une sensation de plénitude, de lourdeur au creux épigastrique, et après un temps variable les aliments sont rejetés. C'est là ce que MM. Luton et Huchard ont décrit sous le nom de *pylorisme* [1].

Enfin les vomissements peuvent être déterminés par l'atonie de la couche musculaire. Ils sont alors plus tardifs, plus abondants et s'accompagnent d'une véritable distension de l'estomac qui peut conduire à la dilatation permanente dont on retrouve les signes : bruit de glouglou pendant la déglutition, bruit de flot par la succession hippocratique.

III. — Tympanite intestinale. — Iléus nerveux.

La tympanite intestinale se présente sous deux formes : passagère ou permanente. La première se produit au moment des attaques convulsives et fait partie de leur symptomatologie. Elle cesse avec elles. Quelquefois elle persiste plus ou moins longtemps et devient permanente. Mais il est une forme de tympanite qui se produit en dehors des crises. Elle se traduit par une distension souvent considérable du ventre, survenant soit progressivement, soit presque tout d'un coup. Elle succède parfois aux repas, ou se montre dans leur intervalle sans aucune cause appréciable. Le ventre est dur, ballonné, non douloureux, les résultats de la percussion sont variables ; le son tympanique n'est exagéré que lorsque la distension du ventre est modérée. Enfin, il y a des troubles fonctionnels variés dus à la compression des viscères : dyspnée, palpitations, congestion, céphalalgie, quelquefois vomissements, dysurie : si la tympanite est considérable, la dyspnée se change en orthopnée, des phénomènes

[1] Huchard, *loc. cit.*, p. 1018.

asphyxiques surviennent qui peuvent entraîner la mort, ainsi que M. Huchard en a signalé un cas.

La tympanite intestinale s'accompagne parfois d'une entéralgie violente et d'un certain nombre de signes qui rappellent la péritonite : vomissements, altération des traits, constipation opiniâtre, fièvre, etc. C'est cet ensemble symptomatique que l'on a désigné sous le nom de faux péritonisme.

Quelle est la cause de l'accumulation des gaz dans l'intestin ? Les auteurs pensent différemment à ce sujet : l'air serait dégluti avec les aliments ; les gaz parviendraient de modifications chimiques subies par les produits de la digestion. Nous pensons que ces phénomènes doivent se rattacher à un trouble d'innervation, soit qu'il retentisse sur les glandes et leurs sécrétions, soit qu'il frappe d'inertie la tunique musculaire de l'intestin qui se distend alors sous la pression des gaz.

A côté de la tympanite généralisée, on a signalé certaines tympanites locales donnant lieu à des tuméfactions limitées qui simulent des tumeurs (tumeurs fantômes des auteurs anglais — pseudo-tumeurs de M. Huchard)[1].

Si la paralysie intestinale donne lieu à la tympanite, le spasme de l'intestin peut provoquer des phénomènes d'étranglement interne avec vomissements stercoraux. Ces faits sont rares et quelques auteurs ont mis en doute l'existence même de l'iléus nerveux. On connaît l'observation de Briquet. Jaccoud en cite un autre cas dans son traité de pathologie interne. On en trouvera une troisième observation dans la thèse de M. Fouquet[2].

IV. — Spasme anal.

Enfin, les accidents spasmodiques peuvent siéger dans la dernière partie du tube digestif, au sphincter anal lui-même et donner lieu à une constipation opiniâtre et en imposer quelquefois pour un rétrécissement organique.

Traitement. — En outre du traitement général qui doit s'adresser à la diathèse hystérique elle-même, les troubles de la moti-

[1] Huchard, *loc. cit.*, p. 1018.
[2] Fouquet, *Spasmes d'origine hystérique*, 1880.

lité des voies digestives exigent souvent l'emploi de quelque médication spéciale.

La gravité de ces accidents résulte de l'entrave apportée à l'alimentation, et tous les efforts du médecin devront concourir à prévenir les funestes effets d'une abstinence trop prolongée. Il ne faut point s'endormir sur la connaissance de ce fait, vrai d'ailleurs, que les hystériques supportent le défaut de nourriture avec une facilité remarquable.

Parmi les rares cas de mort attribués à l'hystérie, les accidents dus au tube digestif en réclament le plus grand nombre.

Dans les cas de spasme ou de paralysie de l'œsophage, l'indication la plus pressante est de pourvoir à l'alimentation, ce qu'on obtient en faisant usage de la sonde œsophagienne. Le cathétérisme n'est pas toujours facile ; il est préférable de faire usage de sondes volumineuses. Il faut quelquefois maintenir patiemment la sonde en présence de l'obstacle jusqu'à ce qu'on puisse le franchir. Si à cause des douleurs et de la persistance du spasme (ce qui est rare d'ailleurs) le cathétérisme était impossible, il serait nécessaire d'alimenter les malades avec des lavements nutritifs. Les vomissements incoercibles de l'hystérie ont cédé souvent au lavage de l'estomac ou à l'alimentation forcée par la sonde. M. Ballet a rapporté un cas de ce genre.

L'électrisation des nerfs pneumogastriques a donné aussi de bons résultats (Apostoli).

ARTICLE III

PARALYSIES ET CONTRACTURES DES MUSCLES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Spasme vaginal. — Le spasme du vagin est souvent transitoire et causé par une hyperesthésie de la muqueuse. Il ne se produit alors que lors de l'excitation de cette dernière par l'introduction d'un corps quelconque. Les rapports sexuels sont complètement empêchés. Les phénomènes de vaginisme sont loin d'être rares.

dans l'hystérie : ils coexistent avec d'autres spasmes, soit de l'anus, de la vessie ou de l'estomac. M. Huchard cite une observation intéressante d'hystérie non convulsive comptant au nombre de ses symptômes l'œsophagisme, le vaginisme et le spasme anal.

D'autres fois le vagin est le siège d'une véritable contracture permanente. La muqueuse est anesthésique, et l'on constate un rétrécissement de l'orifice vaginal que rien ne peut vaincre. C'était le cas d'une malade de Lasègue chez laquelle cette contracture avait succédé à une inflammation légère de la muqueuse.

Paralysie de la vessie. — Cet accident est fréquent dans l'hystérie : on le voit quelquefois exister seul, mais le plus souvent il accompagne l'hémiplégie et surtout la paralysie. Il se traduit par la rétention d'urine : les malades font en vain des efforts pour uriner. Dans certains cas, elle s'accompagne de l'anesthésie de la muqueuse vésicale : les malades ne sentent ni le besoin d'uriner, ni le contact de la sonde, ni le passage d'un courant faradique.

Lorsqu'elle est isolée, la paralysie vésicale est de courte durée ; au contraire, lorsqu'elle accompagne les paralysies des membres, elle est opiniâtre et peut durer des années.

Lorsqu'à la paralysie de la tunique musculaire il se joint un affaiblissement du sphincter, l'incontinence d'urine s'ajoute à la rétention. La malade urine par regorgement.

La vessie devra être vidée par la sonde deux à trois fois par jour, et le traitement local consistera dans l'électrisation.

Spasme de la vessie. — Lorsque le spasme porte, comme c'est le cas le plus fréquent, sur le sphincter vésical, il occasionne la rétention d'urine comme dans la paralysie que nous venons d'étudier, mais par un mécanisme tout différent.

L'introduction de la sonde permettra de reconnaître le spasme ou la paralysie. Dans le premier cas, on pourra constater la présence d'un obstacle, siégeant au col de la vessie. Quoi qu'il en soit, la sonde une fois arrivée dans le réservoir, l'urine s'échappe aussitôt et avec force, ce qui n'a pas lieu dans la paralysie où la vessie se vide lentement par un jet sans puissance que la pression sur l'hypogastre accélère.

On combattra le spasme par des lavements de chloral, les pommades, les suppositoires belladonés, les injections sous-cutanées de morphine.

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE II

ARTICLE III

CONTRACTURES

ARTICLE IV

CHAPITRE III

CHAPITRE IV

Diagnostic

CHAPITRE V

ARTICLE PREMIER

CONTRACTURES

ARTICLE II

ARTICLE III

CHAPITRE VI

Traitement

DEUXIÈME PARTIE

Des paralysies et des contractures hystériques en particulier

CHAPITRE PREMIER

Paralysies et contractures des membres

ARTICLE PREMIER

MONOPLÉGIES

ARTICLE II

HÉMIPLÉGIES

ARTICLE III

PARAPLÉGIES

ARTICLE IV

QUADRIPLÉGIES

CHAPITRE II

Paralysies et contractures partielles proprement dites

ARTICLE PREMIER

CONTRACTURES ET PARALYSIES DE LA FACE

ARTICLE II

TORTICOLIS HYSTÉRIQUE

ARTICLE III

ARTICLE IV

CHAPITRE III

Paralysies et contractures viscérales

ARTICLE PREMIER

ARTICLE II

ARTICLE III

Tours, imp. Deslis Frères, rue Gambetta, 6.

